

Marilane Machado

DO INSTITUCIONAL AO COMUNITÁRIO:
A Pastoral da Saúde em Florianópolis (1970-1990)

Florianópolis – Novembro – 2007

Marilane Machado

DO INSTITUCIONAL AO COMUNITÁRIO:
A Pastoral da Saúde em Florianópolis (1970-1990)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em História Cultural.

Orientadora: Professora Doutora Renata Palandri Sigolo.

Florianópolis – Novembro – 2007

**DO INSTITUCIONAL AO COMUNITÁRIO:
A Pastoral da Saúde em Florianópolis (1970-1990)**

Por

Marilane Machado

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em História Cultural e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Banca examinadora:

Profa. Dra. Renata Palandri Sigolo – Orientadora

Prof. Dr. Rogério Luiz de Souza – UFSC

Prof. Dr. Euclides Marchi – UFPR

Prof. Dr. Adriano Luiz Duarte – UFSC

À Dona Anícia, minha avó, no ano em que completou seus 90 anos de vida. E ao pequeno Jhonatan, meu irmão, esperança no futuro.

Agradecimentos

Primeiramente agradeço àqueles que se disponibilizaram para me auxiliar com as fontes indispensáveis à realização desta pesquisa:

À Ionara da Cunha, atual Secretaria da Pastoral da Saúde junto à Ação Social Arquidiocesana de Florianópolis, foi uma das primeiras a saber da minha intenção em elaborar um projeto de mestrado com esse tema, quando ele ainda era uma vaga idéia.

À Irmã Inês Maria Oro, que me atendeu gentilmente para uma entrevista em meio a sua rotina de trabalho no Hospital Divino Salvador em Videira.

Ao Professor Marco Aurélio Da Ros, pela entrevista concedida e pelos materiais impressos sobre a Pastoral da Saúde e o Movimento Sanitário. Além desses preciosos materiais devo ainda agradecer pela sua prontidão em me atender e pelas longas conversas sempre que o procurava em sua sala do Departamento de Saúde Pública do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.

Ao Professor Lúcio Botelho que em meio a todos os seus compromissos, na condição de reitor desta Universidade, disponibilizou de seu tempo para me conceder uma entrevista.

À Irmã Cacilda Hammes, mais que pela sua entrevista, devo agradecer-lhe o carinho e a simpatia com que sempre me recebeu na casa da Fraternidade Esperança da Vila Aparecida, onde reside.

Aos funcionários e responsáveis pela Biblioteca do ITESC e da CRB Regional, locais importantes de pesquisa, onde pude ter acesso à bibliografia e documentação que deu base a esta dissertação.

À CAPES e ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Santa Catarina, pela bolsa que financiou os dois anos de estudos nesta universidade e as viagens a congressos e simpósios. Além de terem sido importantes meios de divulgação da pesquisa, os eventos muito auxiliaram em meu

desenvolvimento intelectual e minha formação como pesquisadora. Em especial à secretária do Programa de Pós-Graduação em História, Maria Nazaré Wagner, por sua disposição e competência, todos os funcionários públicos deveriam ser como ela.

À minha orientadora, Renata Palandri Sigolo, pela convivência que tivemos desde a graduação e pelas importantes discussões na sala de aula ou nas reuniões do Laboratório de História Saúde e Sociedade.

Ao professor Adriano Luiz Duarte, pela participação na banca de qualificação e pelas diversas leituras e críticas aos meus textos desde o final do meu curso de graduação em História.

Ao Professor Rogério Luiz de Souza, pela participação e preciosas sugestões na banca de qualificação e por ter aceitado o convite para participar da banca de defesa.

Ao professor Euclides Marchi, por aceitar gentilmente o convite de participação na banca de defesa.

Além destes, devo agradecer ainda aos que me deram suporte emocional durante esses dois anos e meio de estudos:

Aos meus pais, que algumas vezes provocaram tempestades na minha vida, mas foram também calma e socorro. Seu orgulho e apoio foram a maior força nos piores momentos.

Aos amigos que fiz durante os anos de graduação e permanecem comigo e àqueles que conheci já na pós-graduação. Esses anos não teriam sido os melhores da minha vida sem seu apoio e alegria. Em especial às minhas companheiras de viagens Luciana Scheuer Brum e Caroline Jaques Cubas e aos participantes do “Grupo de discussões do lega”, principalmente aos sobreviventes das sextas-feiras e, dentre estes, a nossa enciclopédia ambulante, a milagrosa Marília Mezzomo Rodrigues, pela revisão da dissertação e pelas longas e agradáveis conversas todas as vezes que nos encontramos.

Aos meus colegas de trabalho, por dividirem comigo o cotidiano da sala de aula e as minhas frustrações.

Por fim, ao Alexandre, que surgiu na minha vida há um ano, numa fase meio caótica. Agradeço-lhe pelo grande incentivo e apoio para que eu siga adiante, por deixar que eu divida minhas angústias e dúvidas cotidianas e por me agüentar nesta fase meio difícil, sei que às vezes não sou uma pessoa muito fácil.

O principal objetivo desta dissertação é apresentar a trajetória da Pastoral da Saúde na Arquidiocese de Florianópolis desde o final da década de 1960, quando o grupo foi criado, até o final dos anos 1980. Ao traçar esta trajetória demonstra-se como a Pastoral da Saúde - que surgiu da atuação de congregações religiosas femininas junto a instituições de saúde - passou de uma atuação de dentro das instituições hospitalares para as comunidades, desenvolvendo atividades de educação em saúde comunitária, influenciadas pelos discursos legitimadores da Teologia da Libertação, no campo religioso, e da Conferência de Alma-Ata, no campo da medicina; momento em que se envolveu com os movimentos sociais.

Palavras-chave: Pastoral da Saúde; Igreja Católica, Teologia da Libertação; Medicinas Alternativas; Medicina Popular; Conferência de Alma-Ata; Movimentos Sociais; Sistema Único de Saúde.

Abstract

The main objective of this dissertation is to present the trajectory of the Health Pastoral Care in the Florianópolis' Archdiocese from the end of the 60s, when the group was created, until the end of 80s. When tracing this trajectory it is demonstrated how the Health Pastoral Care – which appeared from the performance of feminine religious congregations next to health institutions – started its performance inside hospital institutions and expanded its help to the communities, developing communitarian health education activities, influenced by legitimate speeches of Liberation Theology, in the religious field, and of the Alma-Ata's Conference, in the field of the medicine; the moment where it got involved with the social movements.

Keywords: Health Pastoral Care; Catholic Church, Liberation Theology; Alternative medicine; Popular medicine; Alma-Ata's Conference; Social movements; Unified National Health System of Brazil.

Sumário

Resumo	i
Abstract	ii
Introdução	1
1. “PARA QUE TODOS TENHAM VIDA”: A PASTORAL DA SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS	16
1.1 – Igreja Católica e mudanças no campo religioso	19
1.1.1 – A Teologia da Libertação	23
1.2 – Acontecimentos no campo da medicina	29
1.3 – A vida religiosa inserida nos meios populares	38
1.3.1 – "Uma congregação religiosa": Fraternidade Esperança	42
1.4 – A Pastoral da Saúde em Florianópolis	47
2. “ESTIVE DOENTE E ME VISITASTE”: A PASTORAL DA SAÚDE NOS HOSPITAIS	51
2.1 – A Igreja no hospital	58
2.2 – 1978: o ano da virada	67
3. “VIDA EM ABUNDÂNCIA” E “SAÚDE PARA TODOS”: IGREJA E MOVIMENTOS SOCIAIS PELA SAÚDE NA DÉCADA DE 1980	70
3.1 – O movimento de Reforma Sanitária e a Pastoral da Saúde	70
3.1.2 – O sistema de saúde no Brasil	75
3.2 – 1981 em Florianópolis: “Saúde para todos”	84
3.2.1 – Desigualdades Sociais	94
3.2.2 – Política de Saúde no Brasil	97

3.2.3 – Medicamentos	100
3.2.4 – Hospitais	102
3.3 – A Pastoral da Saúde e a Saúde Comunitária em Florianópolis	106
Considerações Finais	117
Fontes	123
Fontes Bibliográficas	124
Referências Bibliográficas	126

Introdução

As Pastorais da Igreja Católica são grupos de apostolado leigo desta instituição, ou seja, grupos religiosos nos quais o público leigo da Igreja é o alvo das atenções. Entendidas como um conjunto de grupos inseridos em diversas paróquias e Comunidades Eclesiais de Base do Brasil, surgiram na década de 1970, quando passaram a ser institucionalizadas dentro da CNBB.¹

Nesse contexto, a atuação de parte dos leigos da Igreja Católica foi caracterizada pela participação em movimentos populares e pelo desenvolvimento da Teologia da Libertação, na conjuntura da ditadura militar no Brasil. As pastorais dos anos 1970 foram marcadas por um discurso muito próximo ao da esquerda política e de oposição ao governo, o que leva muitos autores a afirmar que, neste período, a Igreja, ou parte dela, se aproximou da política no Brasil e na América Latina.

Antes da década de 1970, no entanto, já havia uma aproximação entre a Igreja e a ação política, também com a intenção de se aproximar dos leigos. A década de 1930 é vista como o período em que a Igreja Católica faz a primeira e significativa tentativa de aproximação dos leigos jovens, abrindo espaço para a participação da população com a fundação da Ação Católica Brasileira em 1935, que, em princípio, seguiu o modelo italiano da divisão entre ramos masculino e feminino.

Em 1948, a Ação Católica Brasileira optou pela especialização dos seus grupos, separando-os por classes e categorias sociais. Assim, surgiram os grupos de juventude da Ação Católica: Juventude Agrária Católica (JAC), Juventude Estudantil Católica (JEC), Juventude Independente Católica (JIC), Juventude Operária Católica (JOC) e Juventude Universitária Católica (JUC)², que tinham como objetivo a evangelização dos jovens, a partir das necessidades específicas destes.

¹ Conferência Nacional de Bispos do Brasil.

² MOURA, A. C. et. al.; SALEN, H. (coord.). *A Igreja dos oprimidos*. São Paulo: Brasil Debates, 1981. p. 21-2.

Para isso, foi criado um novo método de atuação: o *ver – julgar – agir*, que pretendia unir a fé à realidade vivida por um determinado grupo social. Partindo da realidade específica dos jovens (*ver*), pretendia confrontar a realidade observada com a fé (*julgar*) e, a partir daí, buscar uma ação transformadora do meio social analisado (*agir*).

Esses movimentos juvenis em princípio foram criados para atender a ala clerical conservadora, objetivando cristianizar a elite e que os possíveis futuros governantes representassem os interesses da Igreja Católica, que nesse momento assumia uma postura de legitimação do poder político instaurado no país.³ Tornaram-se mais autônomos após a reorganização da Ação Católica Brasileira, quando entraram em conflito com a hierarquia eclesiástica, mais conscientes do campo social e mais agressivos entre os anos de 1950 e 1960.⁴ Scott Mainwaring explica esse fato como decorrência da autonomia que esse tipo de movimento leigo adquiriu. Mesmo tendo sido criado pelos interesses da hierarquia da Igreja, esta não exercia controle completo sobre os participantes, embora estes também não possuíssem total autonomia.⁵

Em sua tese de doutorado, o pesquisador Rogério Luiz de Souza demonstrou que os grupos de leigos da Ação Católica organizaram um Plano Nacional a partir de 1946, quando ocorreu o I Congresso Nacional da Ação Católica Brasileira, para a reestruturação econômica, social, política e espiritual da sociedade brasileira:

Em cada paróquia do Brasil deveria haver postos de puericultura, hospitais e ambulatórios e em cada capela uma escola. Em parceria com os governos de Estado os bispos deveriam empenhar-se na melhoria das condições do homem do campo, dos serviços de saúde, da organização do trabalho e da educação técnico-profissional.⁶

³ SOUZA, R. L. *A reforma social católica e o novo limiar capitalista* (1945 – 1965). Curitiba, 2001. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Paraná. p. 49-55.

⁴ Idem.

⁵ MAINWARING, S. *A Igreja Católica e a política no Brasil* (1916-1985). São Paulo: Brasiliense, 1989. p. 83-4.

⁶ SOUZA op. cit., p. 93.

A atuação integrada da Igreja no campo político brasileiro, no entanto, só foi normatizada em 1952, quando da criação da Conferência Nacional de Bispos do Brasil (CNBB) que, desde a sua fundação, teve como objetivos gestar e organizar a atuação de seus grupos leigos.⁷

Assim, algumas mudanças podem ser percebidas entre as décadas de 1950, na qual foi fundada a CNBB, e 1970, quando surgiram os grupos denominados *pastorais*. Primeiramente, os nomes dados aos grupos de apostolado de leigos, antes parte da Ação Católica e posteriormente da chamada “ação pastoral”, como se tivessem surgido espontaneamente nos anos 1970 e fossem um fenômeno totalmente novo.

Além do nome dado aos grupos, modificou-se o momento histórico em que se deram suas práticas políticas. A Ação Católica atuou na conjuntura histórica do nacional-desenvolvimentismo, em que o discurso católico era o de um capitalismo humanitário, visando à integração dos vários setores da sociedade, o que traria desenvolvimento. Nos anos 1970, embora a Igreja, como instituição, não tenha se definido a favor dos grupos políticos de esquerda – que tinham um discurso anticapitalista e muitas vezes favorável à luta de classes – muitos de seus leigos o fizeram, pautando-se inicialmente pelos teólogos da libertação.

Nesta pesquisa, pretende-se apresentar parte da trajetória de uma das pastorais da Igreja Católica de Santa Catarina, num período de tempo determinado: a Pastoral da Saúde de Florianópolis, entre 1970 e 1990. Esta pode ser definida como um grupo religioso voltado às questões da saúde. Dentro da Igreja Católica do Brasil, a Pastoral da Saúde está compreendida na Pastoral Social⁸, um dos setores da chamada *Linha Seis* – Social e Transformadora⁹ – da Conferência Nacional de Bispos do Brasil (CNBB).

Mundialmente, a Pastoral da Saúde é subordinada ao Pontifício Conselho para a Pastoral da Saúde, sediado em Roma, Itália, no qual atuam o presidente (arcebispo emérito eleito pelo papa), secretário, subsecretário, oficiais e voluntários.

⁷Idem.

⁸A Pastoral Social compreende as pastorais da criança, do menor, do pescador, do migrante, da mulher marginalizada, carcerária e dos nômades além da pastoral da saúde.

⁹A Linha Seis Social e Transformadora compreende três setores: a Pastoral da Comunicação, a Pastoral da Educação e a Pastoral Social. A que interessa para o presente estudo é a pastoral Social, pois nela insere-se a Pastoral da Saúde.

No continente latino-americano, a Pastoral da Saúde é dirigida por uma comissão de trabalho composta de coordenador-geral e uma equipe de coordenadores das regiões Cone Sul, Países Andinos, América Central e Caribe. Nacionalmente, há um coordenador-geral e uma equipe de delegados regionais ou diocesanos, religiosos, capelães e profissionais da saúde. Em nível regional, por sua vez, a CNBB dividiu o Brasil em 16 regiões, sendo que o estado de Santa Catarina é denominado Regional Sul IV, abrangendo 10 dioceses. Sua equipe é composta por coordenadores diocesanos e duas pessoas diretamente ligadas à CNBB Regional Sul IV.¹⁰

Salienta-se, no entanto, que a estrutura da Pastoral da Saúde dentro da Igreja Católica foi institucionalizada nacionalmente no ano de 1986, no Primeiro Encontro Nacional da Pastoral da Saúde, em Brasília. O encontro, que ocorreu entre os dias 08 e 09 de maio, foi organizado pela CNBB e pela Conferência de Religiosos do Brasil (CRB). Na ocasião, foram estipuladas as linhas de ação e os objetivos da Pastoral da Saúde, bem como a inserção desta na Linha Seis da CNBB. Dom Afonso Gregory, bispo da Comissão Episcopal de Pastoral e responsável pela Linha Seis da CNBB, coordenou as atividades.

Também estiveram presentes no encontro representantes de quase todas as regionais da CNBB e CRB do país, apresentando suas atividades realizadas na área da saúde. Foi a partir dessas experiências, realizadas antes mesmo da criação da Pastoral da Saúde, que estruturou-se e criaram-se as linhas de ação da mesma:

Há muitas atividades dentro da Pastoral da Saúde. É necessário estabelecer algumas distinções para melhor identificar os diversos campos de atuação e melhor organizar os futuros trabalhos. Ao menos três áreas de trabalho podem ser distinguidas: um trabalho com enfermos, tanto em hospitais como em domicílios, um trabalho de saúde comunitária ou popular, e, finalmente, um trabalho em nível de instituições, tanto educacionais (faculdades de medicina, farmácia, bioquímica, etc.) como de saúde ou previdência (organismos da Previdência Social, etc.).¹¹

¹⁰ CNBB Regional Sul IV. *Manual da pastoral da Saúde*. Florianópolis: CNBB Regional Sul IV, 2000. p. 09-12.

¹¹ Relatório do Encontro Nacional da Pastoral da Saúde, realizado em Brasília entre os dias 08 e 09 de maio de 1986. p.15.

Assim, foi institucionalizada a Pastoral da Saúde na Igreja Católica do Brasil, dividida em três setores: Pastoral dos Enfermos, com atuação na área hospitalar e domiciliar, no atendimento das pessoas doentes; a Pastoral da Saúde Comunitária, desenvolvendo atividades de prevenção de doenças e promoção e reabilitação da saúde nas comunidades; e a Pastoral da Saúde Institucional, visando às políticas de saúde em espaços como Conselhos, Conferências e Fóruns.¹²

Esta pesquisa não pretendeu analisar cada uma destas linhas de atuação de modo geral, mas compreender como se desenvolveu a trajetória desta pastoral, mesmo antes de sua institucionalização, e os referenciais que se tornaram posteriormente “linhas de ação”; em Florianópolis, entre os anos 1970 e 1990, aproximadamente, As “linhas de ação” da Pastoral da Saúde, institucionalizadas em 1986, não surgiram por acaso e tampouco eram novas, mas pautadas em atividades anteriores da Igreja no meio social – embora tais atividades não sejam objeto deste trabalho, é importante salientar sua influência na atuação das pastorais no período analisado.

Em Florianópolis, a partir de 1978, é possível identificar uma mudança significativa na ação e organização da Pastoral da Saúde, por conta de acontecimentos envolvendo tanto a Igreja Católica quanto a área da saúde, que levaram à mudança do entendimento do que deveria ser e como deveria atuar a pastoral. Assim, é possível dizer que ela passou de uma atuação tradicional – dentro de hospitais e outras instituições de saúde, envolvida na atividade de evangelização – para uma atuação considerada progressista – na periferia da cidade de Florianópolis e região metropolitana, com atividades que a caracterizaram no período como movimento popular.

A análise teórica leva em consideração a noção de *campo*, desenvolvida pelo teórico Pierre Bourdieu. Os *campos* são, para Bourdieu, os lugares sociais onde estão inseridos os diversos atores sociais. Dentro de cada um dos *campos* se desenvolvem sentidos comuns, ou lugares comuns, sendo que a diferença entre um campo e outro é o sistema de valores existente dentro de cada um deles.

Um campo é um universo, relativamente autônomo, de relações específicas que podem ser observadas entre os atores sociais; o que determina essas

¹² CNBB Regional Sul IV, op. cit., p. 12.

interações é a posição que cada um ocupa dentro da estrutura de cada campo.¹³ O lugar ocupado por esses atores sociais em cada campo difere conforme a posse de determinados *capitais simbólicos* exigidos dentro deles e a troca dos bens simbólicos entre os integrantes do campo.

Assim, não se pode pensar em uma definição de *campo* sem pensar que o que o sustenta e define a atuação das pessoas na vida social é posição delas na sociedade, conforme a posse ou ausência de *bens* ou *capitais simbólicos*, não exclusivamente materiais.¹⁴ Pensar em campos, portanto, é pensar no poder simbólico existente em cada um deles e no que significa a noção de poder para Bourdieu.

O poder está por toda a parte dentro dos campos, de acordo com Bourdieu; é uma espécie de poder invisível, que só pode ser exercido por uns sobre os outros se estes, submetidos ao poder, permitirem tal sujeição.¹⁵ Assim, dentro de um campo, numa relação de trocas, quem detém o poder sobre determinado grupo só o exerce porque o grupo consente e, portanto, lhe confere a posse dos capitais simbólicos. O campo pode ser um espaço de conflitos, em que os autores concorrem entre si pela legitimação e, portanto, pela manipulação do capital simbólico para que possam exercer o poder.

Esta pesquisa tenciona analisar as relações estabelecidas em determinado grupo de indivíduos – a Pastoral da Saúde. Quando o foco da análise é direcionado para esse grupo, percebe-se que ele faz parte de um contexto maior e mais complexo, do qual fazem parte o campo religioso e também o campo da medicina – os dois, conforme Bourdieu, são autônomos. Dentro deles, existe uma infinidade de indivíduos e instituições, que se diferem em seus objetivos e suas atuações na sociedade.

Como a Pastoral da Saúde é um grupo que integra uma das instituições do campo religioso, a Igreja Católica, serão analisadas as suas relações com a hierarquia da Igreja – entendendo que tais relações se desenvolvem em uma dinâmica de relações maior, qual seja, a dinâmica do campo religioso.

¹³ BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989. p. 66-7.

¹⁴ Ibidem, p. 69.

¹⁵ Ibidem, p. 9.

Dentro do campo religioso, assim como na própria pastoral, as relações estabelecidas entre os especialistas (ou detentores da gestão do sagrado) e os leigos (considerados estranhos ao corpo de administração do sagrado) se traduzem em oposição ou mesmo conflitos.¹⁶ Nesta pesquisa, tal relação evidencia-se tanto entre Igreja e pastoral, quanto dentro da pastoral, entre religiosos e leigos. Esses múltiplos conflitos se constituem, também, objeto desta análise.

O monopólio dos bens simbólicos por parte de alguns e a sua impossibilidade para outros gera uma situação de desigualdades que ultrapassam o aspecto simbólico. Os conflitos surgem principalmente a partir do momento em que a mensagem religiosa não é mais capaz de atender às necessidades de um determinado grupo. Na medida em que este grupo ocupa um lugar na sociedade, os interesses religiosos neste caso estão diretamente ligados às diferentes posições ocupadas na estrutura social.¹⁷

Dessa forma, além dos conflitos simbólicos no interior do campo religioso católico, é necessária a análise de outra questão: o lugar ocupado pelas pessoas na sociedade. De acordo com Bourdieu, é possível dizer que esse lugar está além das relações econômicas, mas envolve um *mercado de bens simbólicos*; no entanto, não podemos desprezar o fato de a Pastoral da Saúde ter feito a escolha de ir para as periferias de Florianópolis e entrar em contato com a população do local. Não é possível desprezar o fato de que, além de não serem portadores de bens simbólicos, esses indivíduos também não possuem bens materiais. Portanto, ao escolher trabalhar com essa população, pessoas ligadas hierarquicamente à Igreja – através da coordenação da Pastoral da Saúde – entraram num conflito não somente no campo religioso, mas num conflito de classes.

Foi utilizada a abordagem de Edward Thompson, que conceitua *classe* como um fenômeno histórico, não como “estrutura” ou “categoria”. É importante ressaltar que, na concepção do autor, classe não significa um conjunto de pessoas que têm em comum somente sua situação econômica ou profissional, mas a formação cultural e social. Quando se fala em classe, portanto, se fala em um grupo de pessoas compartilhando dos mesmos interesses, experiências, tradições e sistemas

¹⁶ BOURDIEU, P. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1982. p. 43.

¹⁷ *Ibidem*, p. 48.

de valores, e que por todas essas similaridades, diferem de outro grupo de pessoas, ao qual se opõem.¹⁸

As classes, portanto, não são categorias preestabelecidas por um modo de produção, mas acontecem num processo de formação, ou num *fazer-se* histórico, no qual as pessoas se encontram numa sociedade estruturada de determinada maneira, convivendo com os excessos ou a falta de bens materiais, explorando ou sendo exploradas. A partir daí, se dá a identificação entre pessoas que compartilham experiências e a união em torno de um objetivo comum; nesse processo de luta constitui-se a classe e, a partir desta, também a consciência de formar uma classe.¹⁹

Embora neste trabalho o interesse não seja demonstrar a experiência de um grupo e o que o caracteriza como classe, é importante abordar o conceito no qual se pauta a pesquisa, tendo em vista a opção de classe feita pela Pastoral da Saúde em determinado momento. Também é importante ressaltar que se analisa a Igreja Católica como instituição, em seu caráter temporal, num estudo político, relacionando-a com a sociedade.

Tal perspectiva de análise não é recente, mas é profundamente influenciada por trabalhos como os de Thomas Bruneau²⁰, Scott Mainwaring²¹, Ralph Della Cava²² e Márcio Moreira Alves²³, que desenvolveram suas pesquisas ao longo das décadas de 1970 e 1980.

A compreensão de Igreja na presente pesquisa está muito próxima da de Roberto Romano, que a observa como uma instituição em cujo interior convivem setores com opções políticas as mais diversas.²⁴ Assim, a hierarquia da instituição e seus vários grupos assumem posições políticos através de seus discursos

¹⁸ THOMPSON, E. P. As peculiaridades dos ingleses. In.: *As peculiaridades dos ingleses e outros artigos*. Campinas: Editora da UNICAMP, 2001. p. 169.

¹⁹ THOMPSON, E. P. Algumas observações sobre classe e "falsa consciência". In.: *As peculiaridades...*, op. cit., 2001. p. 274.

²⁰ BRUNEAU, T. *Religião e politização no Brasil: a igreja e o regime autoritário*. São Paulo: Loyola, 1979.

_____. *O catolicismo brasileiro em época de transição*. São Paulo: Loyola, 1974.

²¹ MAINWARING, S. op. cit.

²² CAVA, R. D. Igreja e Estado no Brasil do século XX. In.: Estudos CEBRAP 12. São Paulo: CEBRAP, abril - maio - junho 1975. p. 5-52.

²³ ALVES, M. M. *A Igreja e a política no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1979.

²⁴ ROMANO, R. *Brasil: Igreja contra Estado*. São Paulo: Kairós, 1979. p. 12l.

teológicos. O autor enfatiza, portanto, que o discurso da Igreja é de caráter "teológico-político", esclarecendo que não se pode abandonar o caráter teológico nas análises sobre o assunto, pois através dele é que se faz possível entender os posicionamentos desta instituição.²⁵

Atualmente, os estudiosos do fenômeno religioso, nas áreas das ciências sociais e humanas, propõem outro tipo de análise do fenômeno: perceber a "autocompreensão" que os sujeitos sociais e as instituições religiosas elaboram de si mesmos; nessa perspectiva, ao historiador cabe buscar as diversas "autocompreensões", verificando qual é a dominante ou colocando-as em confronto, como intermediário do debate.²⁶

Para melhor compreender tal perspectiva, recorreu-se à publicação da palestra de Enrique Dussel, apresentada na II Conferência Geral de História da Igreja na América Latina (CEHILA), em julho de 1995. Nessa conferência, Dussel expôs suas idéias sobre os debates epistemológicos que voltavam a aparecer no campo das ciências sociais. Entre eles, estava a visão de uma História da Igreja que não fosse "institucionalista", como por muito tempo havia sido, mas a que denominou "culturalismo". O autor propôs que a preocupação central das pesquisas se deslocasse das questão Igreja-Estado e se voltasse para Igreja-Cultura.²⁷ Esta se constitui uma crítica feita aos estudos da História da Igreja no Brasil realizados, sobretudo, no final da década de 1970 e durante a década de 1980, nos quais se destacaram os autores citados anteriormente.

Minha percepção é a de que uma visão não exclui a outra. Perceber a Igreja como instituição e centralizar a análise historiográfica nas relações entre a hierarquia e os diversos grupos que a compõem não significa desprezar a visão que a Igreja e as pessoas sustentam de sua religiosidade. Entre estudos mais recentes nesse

²⁵ Ibidem, p. 20.

²⁶ POULAT, E. Compreensão histórica da Igreja e compreensão eclesiástica da história. In: Concilium. Petrópolis: Vozes, n. 7, 1971. p. 811-23

²⁷ DUSSEL, E. Sistema-mundo, dominação e exclusão - apontamentos sobre a história do fenômeno religioso no processo de globalização da América Latina. In.: CEHILA. *História da Igreja na América Latina e no Caribe: 1945-1995: o debate metodológico*. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 41.

sentido, estão os trabalhos de Jessie Jane Vieira de Sousa²⁸ e Zilda Márcia Grícoli Iokoi.²⁹

Jessie Jane Vieira de Souza partiu da definição de Igreja de Roberto Romano, explicitando uma preocupação em entender a condição de corpo místico portador de uma verdade transcendente, pensando ser impossível analisar a Igreja Católica sem compreender suas propostas teológicas, pois é a partir destas que se torna possível entender sua atuação como agente social.

Zilda Iokoi, ao fazer um estudo comparativo entre os movimentos católicos camponeses do Brasil e do Peru, entre 1964 e 1986, faz uma aproximação entre os discursos da Teologia da Libertação e o marxismo, partindo dos estudos de Michael Löwy³⁰ sobre o tema. Sua preocupação é com as várias formas de participação da Igreja nas lutas de resistência camponesa e com o processo de formulação da Teologia da Libertação. Enfatiza que se deve estabelecer uma distinção entre a compreensão eclesiástica e a compreensão histórica que se faz da Igreja Católica, definindo a diferença entre o trabalho do historiador e o do teólogo, tal como fez Émile Poulat.³¹ Enfatiza a autora:

trata-se de procurar resgatar a autocompreensão que as Igrejas elaboram de si mesmas, mas apenas como objetivo de investigação, para colocar essa autocompreensão em confronto/conflito com outros níveis de experiências sociais e descobrir as mútuas transformações que se realizam nessas práticas.³²

O objeto central desses dois estudos não é a Igreja Católica propriamente dita, mas sua relação com os movimentos sociais. Esses passam a ser a preocupação principal, numa perspectiva na qual é muito significativo o trabalho de Éder Sader, que apresenta experiências de trabalhadores da grande São Paulo no

²⁸ SOUSA, J. J. V. *Círculos operários: a Igreja Católica e o mundo do trabalho no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2002.

²⁹ IOKOI, Z. *Igreja e camponeses: teologia da libertação e movimentos sociais no campo - Brasil e Peru, 1964 - 1986*. São Paulo: Hucitec, 1996.

³⁰ LÖWY, M. *Marxismo e Teologia da Libertação*. São Paulo: Cortez Autores Associados, 1991.

³¹ POULAT, op. cit.

³² IOKOI, op. cit., p. 22.

período de 1970 a 1980, no qual dedica atenção aos grupos sociais que buscam na Igreja Católica mais um espaço de atuação no período. São os movimentos sociais, portanto, o objeto central de tais estudos.

Sader procura demonstrar como os movimentos sociais populares puseram novos personagens em cena, criando condições para o exercício da democracia entre 1970 e 1980. Esses novos personagens emergiam dos considerados *novos movimentos sociais*, eram parte constitutiva dele:

O novo sujeito é social; são os movimentos sociais populares em cujo interior indivíduos, até então dispersos e privatizados, passam a definir-se, a reconhecer-se mutuamente, a decidir agir em conjunto e a redefinir-se a cada efeito resultante das decisões e atividades realizadas.³³

Tal perspectiva de abordagem dos movimentos sociais desenvolveu-se também a partir da década de 1970, no mesmo período em que surgiam os movimentos sociais e, portanto, ainda sob o calor dos acontecimentos – mas traziam em suas análises novas preocupações em relação às formas e objetos de luta: demonstrar que o cotidiano poderia ser um espaço possível de reivindicação e resistência às situações adversas às boas condições de vida.³⁴ Essa é não apenas uma característica das análises realizadas pelos pesquisadores, mas uma característica dos próprios movimentos, de suas reivindicações e preocupações, influenciando diretamente as pesquisas naquele momento.

Falar em *novos movimentos sociais* remete à antítese entre novos e velhos movimentos, ou seja, entre os que surgiram no período da ditadura militar brasileira – e que, a partir de suas reivindicações, criticaram e opuseram-se ao regime político – e aqueles que surgiram no período pós-guerra, entre os anos 1940 e 1960, que estariam submissos a líderes carismáticos e ao clientelismo do Estado populista:

³³ SADER, E. *Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-1980*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988. p. 10.

³⁴ SCHERER-WARREN, I. *Redes de movimentos sociais*. São Paulo: Loyola, 1993. p. 17-18.

Diversidade de movimentos sociais existentes; diferenciação interna entre eles quanto a formas de organização, propostas, projetos políticos, articulações, tipo de lideranças etc., resultando numa diversidade de movimentos em relação aos mesmos temas e problemas. Disto resultou um cenário em que a diferenciação básica não é entre os novos movimentos sociais (questão de gênero, raça, sexo, ecológicas etc.) e antigos (movimentos operário clássico), como na Europa; a diferença é entre novos (lutas pela moradia e equipamentos coletivos em geral) e antigos movimentos populares (tipo sociedade amigos de bairros), onde imperavam práticas de cunho populista e clientelista. Observe-se que a diferença básica está na forma de fazer política, porque as articulações sempre existiram, tanto nos antigos como nos novos. Relações com a Igreja, partidos e sindicatos sempre existiram, mas nos movimentos contemporâneos a relação é de outra natureza. As práticas e os repertórios também se alteraram.³⁵

Em relação a essa distinção, o pesquisador Adriano Luiz Duarte é enfático ao afirmar que ela só obscurece – e não explica – as múltiplas continuidades, caminhos e dilemas das organizações populares: “nem novos movimentos sociais nem velhos movimentos sociais”.³⁶ Ao contrário de Sader, que acredita que os movimentos sociais emergiram no calor dos acontecimentos dos anos 1970 no Brasil, Duarte pensa nas continuidades entre os considerados velhos movimentos sociais e novos movimentos sociais.

Ao demonstrar tais abordagens dos movimentos sociais, esta pesquisa tenciona demonstrar onde se pode situar a Pastoral da Saúde nesse contexto. Toda a ação pastoral (incluída nela a Pastoral da Saúde) nos anos 1970, juntamente com a Teologia da Libertação, constituiu-se também como movimento social, com suas particularidades por encontrar-se dentro da Igreja Católica, uma instituição religiosa.

37

Pode-se entender a Igreja como um espaço encontrado pelos atores sociais para suas reivindicações, e que, no caso das Pastorais, estavam diretamente ligados a um projeto religioso. A Igreja Católica pode ser vista, portanto, como um espaço no qual se constituiu o movimento social Pastoral da Saúde. Essa, por sua vez,

³⁵ GOHN, M. G. *Teorias dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos*. São Paulo: Loyola, 1997. p. 227-228.

³⁶ DUARTE, A. L. *Cultura popular e cultura política no após-guerra: redemocratização, populismo e desenvolvimentismo no bairro da Mooca, 1942-1973* Campinas, 2002. Tese (Doutoramento) UNICAMP. p. 241.

³⁷ SHERER-WARREN, I. *Movimentos sociais: um ensaio de interpretação sociológica*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1987. p. 124-132.

compunha, como se verá adiante, um movimento social popular urbano maior: o movimento pela saúde no Brasil, que, segundo mapeamento realizado por Maria da Glória Gohn, esteve ativo entre 1976 e 1982.³⁸

Segundo a autora, ao se institucionalizarem, os movimentos sociais passaram a ser organizações. Talvez por esse motivo, ela delimite este espaço de tempo de existência do movimento pela saúde, que teve realmente um período de lutas muito maior, mas que, a partir da década de 1980, com o processo de redemocratização, passou a atuar em espaços institucionalizados pelo Estado, como conselhos municipais e estaduais de saúde, no âmbito das secretarias municipais e regionais.

Assim, os movimentos passaram por uma mudança de estratégias de lutas e reivindicações, acompanhando as mudanças no cenário político nacional, que a pesquisadora Ruth Cardoso dividiu em duas fases: a primeira caracterizada, nos anos 1970 e início dos 1980, como a “emergência heróica dos movimentos”; a segunda fase, em que acontece a institucionalização com setores do Estado, é entendida como um momento em que os movimentos refluíram.³⁹

Nesse contexto, portanto, pretende-se perceber a trajetória da Pastoral da Saúde de Florianópolis, a partir do ano de 1978, quando fez a opção por um trabalho dirigido às classes populares, em conjunto com outros movimentos sociais; e durante os anos 1980, quando se percebe que, embora existissem críticas e oposição ao sistema político do momento, aconteceram também reivindicações para que o Estado tomasse a responsabilidade para com a saúde da população e a gradual institucionalização do movimento.

Das fontes utilizadas nesta pesquisa, é importante entender a intenção de sua elaboração e seus posteriores usos, para perceber sua importância para o presente estudo, assim como a opção teórico-metodológica diante delas. Assim, na leitura do *Manual da Pastoral da Saúde da Regional Sul IV da CNBB* – publicado em 2000, apresentado no primeiro capítulo –, do *Caderno de Estudos da CNBB* nº 9 – analisado no segundo capítulo – e das cartilhas da Campanha da Fraternidade e do

³⁸ GOHN, op. cit. p. 379.

³⁹ CARDOSO, R. C. L. A trajetória dos movimentos sociais. In.: DAGNINO, E. *Os anos 90: política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 82-83.

Manual do Agente da Saúde (1987) – analisados no último capítulo – buscou-se perceber primeiramente que grupo de pessoas foi o responsável pela sua elaboração, para, assim, pensar em sua intenção quando da criação desse material e que representações quiseram criar e perpetuar a partir de seus discursos.

Pensando assim, procurou-se compreender que representações sociais esses documentos designavam, a partir da intencionalidade dos seus elaboradores e suas posições no campo analisado no qual se davam tais construções.⁴⁰

Nas palavras de Bronislaw Baczko: “O imaginário social torna-se inteligível e comunicável através da produção dos ‘discursos’ nos quais e pelos quais se efetua a reunião das representações coletivas numa linguagem.”⁴¹ As representações de uma estrutura institucional como a Igreja permitem visualizar como os sistemas simbólicos são construídos, através da vivência dos indivíduos, e como o imaginário produzido por elas, entre outras conseqüências, sustenta os indivíduos em torno de ações comuns.⁴²

Na trajetória analisada, infere-se que diferentes atores sociais ocuparam a posição de produtores de discursos – e portanto, de representações – para a Pastoral da Saúde. A diferença na intencionalidade dos discursos está também ligada à diferença da posição ocupada por seus produtores nos campos da religião e da medicina.

Assim sendo, no primeiro capítulo deste trabalho, parte-se do ano de 1978 como referencial de mudanças nos campos religioso e da saúde em todo o mundo. Esse ano foi tomado como referência pela própria Pastoral, que o apresenta, em seu documento base na Regional Sul IV, o *Manual da Pastoral da Saúde da Regional Sul IV da CNBB*, como o ano em que o grupo se formou em Florianópolis. Procurou-se entender por que o ano foi tomado como referência e que mudanças ocorridas nos dois campos citados influenciaram a atuação da Pastoral, gerando transformações em seu interior. Isso levando-se em conta a confluência dos campos religioso e da saúde – justapostos na Pastoral. Para a análise destes campos foram

⁴⁰ CHARTIER. R. *A História Cultural entre práticas e representações*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1990. p. 17.

⁴¹ BACZKO, B. Imaginação social. In.: *Enciclopédia Einaudi*. Antropos-Homem. Imprensa Nacional/Casa da Moeda: Lisboa, 1994. p. 311.

⁴² Idem.

utilizadas principalmente as fontes bibliográficas que tratam das idéias difundidas no contexto e que foram assumidas pela Pastoral da Saúde.

No segundo capítulo, é apresentado o trabalho realizado pela Pastoral da Saúde na cidade de Florianópolis num período anterior a 1978, demonstrando que já existia um grupo de pessoas ligadas à Igreja Católica atuando na área da saúde, porém, numa perspectiva diferente da popular. Também é apresentada a representação social da Igreja Católica do Brasil na área da saúde e, a partir dela, a atuação de grupos religiosos no interior de hospitais e instituições de saúde. Para tanto, utilizamos o *Caderno de Estudos da CNBB* nº. 9, que trata da Pastoral da Saúde, e de uma entrevista realizada com uma religiosa que tomou parte desse momento histórico.

Por fim, no terceiro capítulo, discute-se a aproximação da Pastoral da Saúde com os movimentos sociais pela saúde da década de 1980, caracterizando-a, na cidade de Florianópolis do período, como um movimento popular, na medida em que sua atuação junto às classes populares intensificou-se. A aproximação entre movimentos sociais e a Pastoral é demonstrada pela análise das cartilhas elaboradas por esta e por integrantes do Movimento Sanitário de Santa Catarina, na ocasião da Campanha da Fraternidade de 1981.

Foi utilizado também o *Manual da Pastoral da Saúde*, elaborado em 1987, com o objetivo de treinar agentes de pastoral no período e partes de relatórios do grupo publicados na revista *Pastoral de Conjunto*, demonstrando a atuação que se dava naquele momento.

CAPÍTULO 1

“PARA QUE TODOS TENHAM VIDA”: A PASTORAL DA SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS

A arquidiocese de Florianópolis é uma das dez dioceses que compõem o quadro institucional da Regional Sul IV da CNBB; além da cidade de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina, a arquidiocese é composta de mais vinte e nove municípios vizinhos.⁴³ Em nível arquidiocesano, a Pastoral da Saúde abrange toda a região, no entanto, a sede da coordenação arquidiocesana de toda a ação pastoral encontra-se na Cúria Metropolitana, localizada no centro da capital catarinense. A sede da CNBB Regional Sul IV, por sua vez, localiza-se no bairro Pantanal, também na cidade de Florianópolis.

⁴³ Os municípios que compõem a arquidiocese de Florianópolis, além da capital catarinense são: Águas Mornas, Angelina, Anitápolis, Antônio Carlos, Balneário Camboriú, Biguaçu, Bombinhas, Botuverá, Brusque, Camboriú, Canelinha, Garopaba, Governador Celso Ramos, Guabiruba, Itajaí, Itapema, Leoberto Leal, Major Gercino, Nova Trento, Palhoça, Paulo Lopes, Porto Belo, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São João Batista, São José, São Pedro de Alcântara e Tijucas.



Ilustração 1 - Municípios que compõem a arquidiocese de Florianópolis

Entendemos que, embora a Igreja Católica tenha dividido administrativamente a arquidiocese de Florianópolis, abrangendo os vários municípios vizinhos já citados, a realidade histórica destes se constitui por características muito diversas. Para o presente estudo, foi selecionada a cidade de Florianópolis, onde se localizam os principais locais de pesquisa. Isso não impediu, entretanto, a referência a outras localidades da região metropolitana, pois leva-se em conta que as fontes que trazem discursos produzidos pela Pastoral não se limitavam às fronteiras de um único município.

Segundo o último *Manual da Pastoral da Saúde*, publicado pela CNBB Regional Sul IV, em Santa Catarina, a Pastoral da Saúde teve início numa perspectiva de saúde comunitária, na Diocese de Chapecó, no ano de 1975, com o

auxílio do Bispo Dom José Gomes, “visando o atendimento às comunidades carentes da área rural e da periferia da paróquia da Catedral”.⁴⁴

Em relação à Florianópolis, o *Manual* informa que, por iniciativa de uma congregação religiosa, em 1976, iniciou-se um trabalho de saúde comunitária em algumas áreas de periferia da cidade. O fato de o *Manual* apontar *uma congregação religiosa* como iniciadora do trabalho de saúde comunitária, sem citar qual foi, tornou-se, a princípio, um obstáculo na pesquisa. Encontrar tal congregação, entre tantas em Florianópolis, e em que contexto se iniciaram as atividades de saúde comunitária se tornou um desafio. Quando a informação foi encontrada, ela se tornou uma das principais chaves da pesquisa, a qual abriu várias portas e instigou diversas questões.

Embora aponte 1976 como o ano em que se iniciaram os trabalhos de saúde comunitária, o *Manual* informa de que somente em 1978 foi organizada a Pastoral da Saúde comunitária em Florianópolis. No mesmo ano, foi concretizada a coordenação regional da Pastoral da Saúde em Santa Catarina, resultado do I Seminário Regional de Saúde ocorrido no estado, com a intenção de implantar as propostas do I Seminário Nacional de Saúde – de 1977, organizado pela CRB (Conferência de Religiosos do Brasil), com enfoque na saúde comunitária. Diz o *Manual da Pastoral da Saúde*:

Portanto, foi realizado em 1978 o I Seminário Regional com o objetivo de repassar o Seminário Nacional e reorientar a Pastoral da Saúde – *até o momento apenas a Pastoral dos Enfermos*.

A partir deste Seminário (1978), os participantes motivados deram início à pastoral da saúde comunitária e para dinamizar a Pastoral da Saúde era fundamental uma Coordenação em nível Regional, o que foi concretizado.⁴⁵ (grifo nosso)

Há que se ter em vista que as informações publicadas no *Manual da Pastoral da Saúde* tornaram-se “dados oficiais”, por estarem divulgadas numa publicação da

⁴⁴ CNBB Regional Sul IV, op. cit. p.12.

⁴⁵ Ibidem, p. 13.

CNBB. Visualiza-se, assim, que somente em 1978, a Pastoral da Saúde foi reconhecida institucionalmente em Florianópolis, como se só a partir desse momento se reconhecesse o início de um trabalho voltado à saúde comunitária, como se a Pastoral da Saúde fosse o primeiro grupo da Igreja Católica a se preocupar com tais questões. E sabe-se que décadas antes já havia outros grupos se aproximado das periferias com tal intuito, conforme apontado na introdução deste trabalho.

É necessário considerar que o *Manual* foi organizado e publicado por um grupo de indivíduos determinado: o que estava à frente da coordenação da Pastoral da Saúde no momento em que foram sistematizadas as informações a serem publicadas. Por que esse grupo desconsiderou o trabalho anterior a 1978, realizado em Florianópolis, ao qual passou a dar a denominação de *Pastoral dos Enfermos*? É mais uma das questões a ser evidenciada nos capítulos seguintes.

Por ora, neste primeiro capítulo, gostaria de esclarecer a importância do momento histórico em que oficialmente se formou a Pastoral da Saúde em Florianópolis, tomando como ponto de partida para o trabalho, portanto, o ano de 1978. Não é por acaso que neste ano se articula uma Pastoral da Saúde Comunitária, várias questões permeiam esse acontecimento. Para esclarecê-las, é necessário voltar-se para a história da Igreja Católica e sua atuação no período citado, afinal foi essa instituição que acolheu e formou uma ação pastoral. É necessário também refletir sobre as questões em debate na área da saúde no momento, para entender toda a mudança de mentalidade em relação à saúde e à doença que influenciaram as idéias dos responsáveis pela formação da Pastoral da Saúde.

1.1 – IGREJA CATÓLICA E MUDANÇAS NO CAMPO RELIGIOSO

É impressionante como tudo mudou nesses últimos anos. Há dez anos, andei por esse Brasil afora. Nem se falava em comunidade de base ou em igreja particular.

Tudo consistia em ritualismo e legalismo, sacramentalismo e deveres canônicos. Não havia vida. A árvore era de matéria plástica: frondosa, mas sem folhas e frutos. Era artificial. Hoje ela tem raízes que mergulham na terra e sugam o alimento que se projeta no tronco e nos galhos. A vida percorre cada fissura. Quando o vento bate a árvore balança mas não enverga.⁴⁶

Carlos Alberto Libânio Christo, o Frei Betto, esteve preso durante os anos de 1969 e 1973. Ele e mais três jovens freis dominicanos – Ivo Lesbaupin, Fernando de Brito e Tito de Alencar Lima – foram presos e condenados por terem facilitado, a pedido de Carlos Marighella, a fuga do país de alguns jovens envolvidos no movimento estudantil nos anos posteriores a 1964.

No período em que esteve na prisão, Frei Betto escreveu cartas a parentes e amigos, entre esses, alguns religiosos e religiosas. Seu intuito era, como ele mesmo afirmou anos depois, "sublimar o medo, exorcizar demônios, revitalizar a fé".⁴⁷ Algumas dessas cartas foram publicadas no primeiro livro do autor em 1971, pela Editora Mondadori, na Itália, enquanto ele ainda permanecia preso. Posteriormente, foram editadas em português no ano de 1974 pela editora Civilização Brasileira, já com o acréscimo de epístolas escritas depois de 1971.

É com um pequeno trecho de uma dessas cartas, escrita em 21 de março de 1973, que inicia-se este subcapítulo. Esse trecho expressa não somente a visão de um indivíduo, Frei Betto, sobre a Igreja Católica dos anos 1970, mas representa a idéia que toda uma multidão de católicos, tanto religiosos quanto leigos, passou a fazer da Igreja, ou do que deveria ser a Igreja Católica no Brasil e na América Latina. E tal representação só foi possível graças a este contexto histórico, particularmente na América Latina, o qual este subcapítulo propõe-se analisar brevemente.

Foi um contexto de mudanças, como expressou Frei Betto, podendo-se tomar como grande marco o Concílio Vaticano II, ocorrido entre os anos de 1962-1965. O Concílio proporcionou reflexões sobre os aparatos sacramental e litúrgico da Igreja Católica, principalmente no que concernia à participação dos leigos, que passaram de espectadores a atores das celebrações religiosas. Com isso, a Igreja visava os

⁴⁶ FREI BETTO. *Cartas da Prisão*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1977. p. 173.

⁴⁷ _____. *A mosca azul*. Rio de Janeiro: Rocco, 2006. p. 40.

benefícios que pudessem surgir da responsabilidade que os leigos assumissem e que, anteriormente, era exclusividade da hierarquia da Igreja Católica.

Muitos benefícios advirão à Igreja em virtude dessa relação familiar entre leigos e pastores. Aumenta nos leigos o sentido da responsabilidade e a disposição de trabalhar, que os leva a se associarem com maior facilidade às tarefas dos pastores. Estes, por sua vez, ajudados pela experiência dos leigos, julgarão com maior precisão e aptidão tanto as coisas espirituais como as temporais, de maneira que a Igreja, na sua totalidade, com a colaboração de todos os seus membros, cumprirá melhor sua missão, para a vida do mundo.⁴⁸

Essa nova visão de *Igreja-Povo de Deus* estimulou a participação leiga, oferecendo aos seus grupos maior autonomia em seu trabalho. No entanto, os grupos que se formavam eram parte da instituição e deveriam se enquadrar em seus preceitos. Era aí que entrava o papel da hierarquia: o de não deixar que esses leigos se desviassem da proposta da instituição.

Quando se trata de instituições da ordem temporal, o papel da hierarquia é de ensinar e interpretar autenticamente os princípios morais que se aplicam a cada caso. Compete-lhe igualmente, levando em conta todos os fatores em causa e recorrendo, se necessário, a especialistas nos diversos assuntos, emitir juízo sobre a conformidade de tais e quais ações ou instituições, com as exigências da moral e estabelecer o que é necessário observar para preservar e promover os bens sobrenaturais.⁴⁹

No momento, intensificou-se também a proposta da doutrina social da Igreja, que ganhou força no papado de João XXIII (1958-1963), através das encíclicas *Mater et Magistra* (1961) e *Pacem in Terris* (1963), promovendo reformas importantes no pensamento católico antes mesmo do Concílio.⁵⁰ Na *Mater et Magistra*, aparece a temática do subdesenvolvimento pela primeira vez, de maneira

⁴⁸ VATICANO II. Lumen Gentium - 32, 364. In.: *Mensagens, discursos e documentos*. Tradução de Francisco Catão. São Paulo: Paulinas, 1998. 37, 385. p. 221-222.

⁴⁹ VATICANO II. Decreto Apostolicam Actuositatem Sobre o Apostolado dos Leigos. 24, 1007. In.: op. cit., trad. de Francisco Catão, p. 379.

⁵⁰ MAINWARING, op. cit. p. 62.

explícita, enquanto a noção de Igreja-Povo de Deus, explicitada no documento do Vaticano II, é uma repercussão da *Pacem in Terris*.⁵¹

Um novo modelo pastoral passou a se formar no Brasil, portanto, a partir dessas novas propostas e dos conflitos que surgiram a partir delas. O *Plano de Pastoral de Conjunto*, aprovado pelos bispos brasileiros em 15 de novembro de 1965, na VII Assembléia Geral da CNBB, durante a última sessão do Concílio Vaticano II⁵², “partia de uma análise bem completa da situação do país (‘ver’), para depois dar-se conta das exigências da fé diante de tal situação (‘julgar’), o que levava a traçar diretrizes fundamentais da ação (‘agir’).⁵³

A ação pastoral que se formava naquele momento pós-Vaticano II se auto-intituiu *profética*, posicionando-se contra o modelo pastoral da Nova Cristandade, predominante no século XIX, que considerava a Igreja Católica como uma força espiritual que pairava acima do Estado. Esta já havia recebido críticas de outro modelo de ação pastoral, anterior à profética: a Pastoral da Maturidade da Fé, que considerava a Nova Cristandade como vinculada aos setores sociais dominantes.⁵⁴

Outro desdobramento importante do Concílio Vaticano II foi a reunião das Conferências Episcopais Latino-Americanas para estudar as propostas feitas pela Igreja e como aplicá-las à realidade do continente latino-americano. Assim, nos anos de 1968 e 1979 houve duas conferências, a primeira em Medellín, na Colômbia, e a segunda em Puebla, no México. Nas duas conferências, a Igreja da América Latina fez uma “opção preferencial pelos pobres”. Concluiu que para se aproximar dos leigos era necessário saber sobre suas condições de vida. Constatou-se uma situação de subdesenvolvimento dependente, que levava à situação de pobreza grande parte da população – a mesma população que a Igreja pretendia evangelizar.

Houve, a partir de então, a intensificação da divisão da Igreja em alas ou grupos divergentes: os que estimulavam o comprometimento político de católicos com movimentos que se pretendiam transformadores, assim como o diálogo e a colaboração com não-católicos – os progressistas – e os que acreditavam ser os

⁵¹ BIGO, P. & ÁVILA, F. B. *Fé cristã e compromisso social: elementos para uma reflexão sobre a América Latina à luz da doutrina social da Igreja*. São Paulo: Paulinas, 1982. p. 195-6.

⁵² IOKOI, op. cit. p. 36.

⁵³ AGOSTINI, N. *Nova evangelização e opção comunitária*. Petrópolis: Vozes, 1990. p. 75-6.

⁵⁴ IOKOI, op. cit. p. 27-29.

problemas sociais inerentes à natureza humana, dando prioridade a um trabalho de espiritualização e interiorização, não levando em consideração a realidade social e a ação dos leigos, tomando como referência as elites política e econômica – os conservadores.⁵⁵

Os conflitos iniciados no período tornaram-se ainda mais intensos com a emergência de um novo discurso teológico, estimulado a partir da Conferência de Medellín e das práticas de movimentos populares e comunidades eclesiais de base que já se intensificavam pela América Latina: a Teologia da Libertação.

1.1.1 - A TEOLOGIA DA LIBERTAÇÃO

Movimento teológico que se manifestou nos países da América Latina a partir da década de 1970, a Teologia da Libertação apontava e analisava as desigualdades sociais provocadas por governos que administravam em benefício dos ricos e de um ambiente cultural dependente da Europa e dos Estados Unidos da América.⁵⁶

Mais do que uma corrente teológica, a Teologia da Libertação representou um vasto movimento social, que Michael Löwy denominou *Cristianismo da Libertação*. Definir o Cristianismo da Libertação como movimento social, no entanto, não significa caracterizá-lo como um órgão integrado e organizado, mas explicitar sua capacidade de mobilização das pessoas em torno de um objetivo comum.⁵⁷

Além do mais, o surgimento da Teologia da Libertação, expresso em escritos teológicos, foi o resultado de dez anos de *práxis* de cristãos com um compromisso social (por exemplo, a experiência da Ação Católica) e vários anos de discussão entre progressistas latino-americanos, influenciados por transformações sociais e

⁵⁵ ALVES, op. cit. p. 87.

⁵⁶ MODIN, B. *Os teólogos da libertação*. São Paulo: Paulinas, 1980. p. 25-31.

⁵⁷ LÖWY, M. *A guerra dos deuses: religião e política na América Latina*. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 57.

políticas pelas quais passava a América Latina – a industrialização, a partir dos anos 1950, que se desenvolveu com o capital multinacional, gerando o subdesenvolvimento dos países do continente; o êxodo rural e o crescimento urbano desordenado, fato bastante significativo nos debates políticos do continente; a Revolução Cubana de 1959, que provocou o aparecimento das guerrilhas em diversos países e os vários golpes militares em nome da segurança nacional contra o comunismo.⁵⁸

Como “fundador teórico” da Teologia da Libertação, destaca-se o nome de Gustavo Gutiérrez, nascido em 1928, em Lima, Peru; estudou cinco anos na Faculdade de Medicina da Universidade Nacional de Lima antes de tornar-se clérigo e ordenou-se sacerdote em 1959, também em Lima. Suas idéias foram primeiramente expostas na Conferência de Medellín, na defesa de uma teologia que partisse da *práxis* histórica do homem. Em 1971, foi publicado *Teología de la Liberación*.⁵⁹

No livro, Gutiérrez denunciou a existência de grandes diferenças sociais, sendo a luta de classes decorrência dessas diferenças. Ao mesmo tempo, demonstrou a preocupação com a “unidade”, uma das maiores pretensões da Igreja. Sua maior questão era, portanto, articular a luta de classes e a unidade, tendo em vista, segundo ele, a impossibilidade de neutralidade em relação à primeira, pois “negar o fato da luta de classes é, na realidade, tomar partido em favor dos setores dominantes.”⁶⁰

Sua conclusão foi a de que a aceitação da luta de classes seria a opção por uma determinada classe social em detrimento de outra, idéia aparentemente contrária à visão evangélica, que anunciaria o amor de Deus a todos; esse passaria a ser, de acordo com o teólogo, o desafio do cristão comprometido com o processo de libertação, pois os ricos estariam “em situação de pecado” oprimindo os pobres, e, por isso, deveriam ser libertados dessa condição. A luta de classes levaria à libertação.

⁵⁸ Ibidem, p. 69-78.

⁵⁹ MODIN, op. cit. P.65-81.

⁶⁰ GUTIÉRREZ, G. *Teología da Libertação*. Petrópolis: Vozes, 1975. p. 229.

Ama-se aos opressores libertando-os de sua própria e desumana situação, libertando-os de si próprios. A isto só se chega optando resolutamente pelos oprimidos, ou seja, combatendo contra a classe opressora. Combater real e eficazmente, não odiar; nisso está a retidão, nova como o evangelho: amar os inimigos. Nunca se pensou que isto fosse fácil, porém, enquanto se tratava de praticar certa doçura de caráter, pregava-se sem dificuldade. Não se seguia o conselho, mas ele era ouvido sem inquietação. Hoje, no contexto da luta de classes, amar os inimigos supõe reconhecer e aceitar terem-se inimigos de classe e ser preciso combatê-los. Não se trata de não ter inimigos, e sim de não excluí-los de nosso amor. Mas o amor não suprime a qualidade de inimigos que possuem os opressores, nem a radicalidade do combate contra eles. O "amor aos inimigos" longe de suavizar as tensões, termina por questionar o sistema e converte-se em fórmula subversiva.⁶¹

No Brasil, o principal expoente dessa teologia, com diversas obras publicadas, foi Leonardo Boff. Nascido na cidade de Concórdia, em Santa Catarina, no dia 14 de dezembro de 1938, Boff tornou-se franciscano, tendo completado os estudos filosóficos e teológicos em Curitiba (PR) e Petrópolis (RJ). Especializou-se em Teologia Dogmática na Universidade de Munique, Baviera.⁶² "Um teólogo não vive no ar; participa da Igreja e da sociedade; tanto uma quanto outra não são corpos homogêneos, mas são atravessados de tendências, interesses e conflitos"⁶³ – partindo dessa concepção é que Leonardo Boff fundamentou seu pensamento.

A emergência de um novo modelo de Igreja pressupunha que a prática religiosa deveria partir da realidade que a envolvia. Para Boff, essa era a realidade brasileira da década de 1980, mesmo que no Brasil a temática da libertação já aparecesse nos primeiros anos da década de 1960, com as várias tentativas de aproximação por parte de setores da sociedade da população mais carente, como foi o caso do movimento de Educação de Base (MEB), a Ação Popular (AP) e movimentos que contaram com a participação de cristãos e agentes de pastoral (JOC, JUC e JEC, principalmente).⁶⁴

Cabem na Teologia da Libertação, portanto, análises históricas, sociais, políticas e econômicas do espaço de inserção social, bem como uma ação pastoral

⁶¹ Ibidem, p. 230.

⁶² MODIM, op. cit. p. 103-121.

⁶³ BOFF, L. *Igreja: carisma e poder*. Ensaio de eclesiologia militante. Petrópolis: Vozes, 1982. p.30.

⁶⁴ BOFF, C. & BOFF, L. *Da libertação*. O sentido teológico das libertações sócio-históricas. Petrópolis: Vozes, 1982. p. 22-23.

que busque o processo de "libertação integral" do ser humano, ou seja, "ver Deus e seu Reino lá onde não se anunciam como Deus e como Reino, isto é, dentro dos processos econômicos e políticos".⁶⁵ De acordo com Leonardo Boff, os "inimigos" dessa teologia seriam os que reduzem a fé apenas ao âmbito do culto e da piedade, pois "a fé possui, inegavelmente, uma dimensão política, e hoje ela é urgente, é exigência do Espírito à sua Igreja, mas ela não absorve toda a riqueza da fé, que deve também encontrar outras expressões dentro do processo de libertação integral, como a expressão mística, litúrgica, pessoal."⁶⁶

Ele propôs que a Igreja se responsabilizasse pela conscientização quanto aos reais mecanismos do subdesenvolvimento e que fossem apontadas as contradições entre o desenvolvimento dependente observado em toda a América Latina e o processo de libertação do ser humano. O sujeito histórico da libertação deveria ser o próprio povo oprimido, com ênfase na importância do trabalho de conscientização dentro da Igreja. Além disso, Boff defendeu uma Igreja *de* pobres e *com* pobres e não *para* os pobres, ou seja, deveriam ser ultrapassadas tanto as estratégias assistencialistas quanto as reformistas de ação.⁶⁷

No assistencialismo, de acordo com o autor, os pobres são apenas vitimizados, e a pobreza geralmente entendida como um vício causado por indolência, ignorância e maldade humana. No reformismo, por sua vez, o indivíduo pobre é somente o "objeto da ação de cima", e a pobreza vista como atraso econômico e social. Para a Teologia da Libertação, a solução ideal seria a revolução, pela qual o pobre fosse entendido como *sujeito* e a pobreza como *opressão*, fruto da própria organização econômica da sociedade.⁶⁸

A Teologia da Libertação começou a propagar a idéia de uma sociedade alternativa e a crítica ao sistema capitalista, assim como às injustiças sociais geradas por este. Para tanto, defendia que a Igreja participasse da vida política de uma forma diferenciada da que vinha fazendo, ou seja, colocando-se ao lado da população considerada oprimida, pois seria impossível a neutralidade nesse sentido: "se nossa homilia não abordar a justiça, a fraternidade, a participação, se

⁶⁵ Ibidem, p. 26.

⁶⁶ BOFF, L. Op. cit., p. 41.

⁶⁷ Ibidem, p. 26.

⁶⁸ BOFF, C. & BOFF, L. *Como fazer Teologia da Libertação*. Petrópolis: Vozes, 1986. p. 42-44.

não denunciar as violências que ocorrem, está mutilando o Evangelho e emasculando a mensagem dos profetas e do maior deles, Jesus Cristo".⁶⁹

Para Leonardo Boff, havia também a contradição entre *Igreja-Povo de Deus* e *Igreja-Hierarquia*. Na visão do teólogo, a instituição está ligada ao poder – que pode ser corrompido – pois precisa garantir seu espaço no mundo; por isso, o cristão deveria conhecer o passado da Igreja instituída, para que seus erros não se perpetuassem:

A Igreja, que surgiu como ruptura da sinagoga, corre o risco de transformar-se ela mesma numa sinagoga, numa grande seita fechada sobre si mesma e controlada em tudo pelos clérigos. A lógica do poder é querer mais poder, conservar-se, preservar-se, entrar em compromissos e, caso corra risco, fazer concessões para sobreviver. Tudo isso podemos averiguar na história da Igreja-Instituição.⁷⁰

Entende-se, assim, que a instituição eclesiástica, pela necessidade de garantir o seu poder, por vezes poderia rearticular o seu discurso para não perder espaço na sociedade. Assim, mesmo que entrasse em conflito com as novas idéias vindas da "periferia" e não do "centro", a Igreja as admitiria e incorporaria em seu discurso oficial.

Evidentemente a velha Igreja olhará com certa desconfiança para a nova Igreja na periferia e para com as liberdades evangélicas que ela toma, poderá ver nela uma concorrente; gritará em termos de Igreja paralela; magistério paralelo, falta de obediência e lealdade para com o Centro! A Igreja nova deverá saber usar de uma inteligente estratégia e tática: não deverá entrar no esquema de condenações e suspeitas como o Centro poderá fazer. Deverá ser evangélica, compreender que a instituição enquanto é poder somente poderá usar a linguagem que não ponha em risco o próprio poder, que sempre temerá qualquer afastamento do comportamento ditado pelo Centro e verá isso como deslealdade. Apesar de poder compreender tudo isso, a Igreja nova deverá ser fiel ao seu caminho; deverá ser lealmente desobediente. Explico-me: deverá buscar uma profunda lealdade para com as exigências do Evangelho; deverá ouvir a voz do Centro para se questionar da

⁶⁹ BOFF, L. Op. cit. p. 52.

⁷⁰ Ibidem, p. 91.

verdade de sua interpretação evangélica; caso estiver crítica e profundamente convencida de seu caminho deverá ter a coragem de ser desobediente no Senhor e no Evangelho às imposições do Centro, sem rancor nem lamúria, mas numa profunda adesão à mesma vontade de ser fiel ao Espírito como presumimos existir também no Centro.⁷¹

É possível apontar como mais um fator de mudança no contexto, a escolha de Karol Wojtyla (João Paulo II), em 1978, para o papado. Na visão de Zilda Márcia Gricoli Iokoi, aparentemente, houve certa aceitação da Teologia da Libertação por parte do novo Papa, manifestada na abertura da Terceira Conferência Episcopal da América Latina, em Puebla.

O papado, então, constituiu uma imagem popular de si e aproximou-se mais dos fiéis. Em sua viagem, foi acolhido por numerosos cortejos populares, e ao pronunciar-se na abertura do Celam em 28 de janeiro de 1979, fez duras críticas aos excessos dentro da Igreja, mas na terceira parte de seu discurso, apoiou a aproximação com os "deserdados, doentes, presos, famintos, solitários (...)" Ao citar em seu discurso Lucas, Mateus, e Marcos, aceitara, segundo Dussel, os pilares da Teologia da libertação, ou seja, "o homem à beira do caminho, na exterioridade do sistema, o pobre diante do samaritano".⁷²

No entanto, na referida conferência, houve uma tentativa de retomada de controle por parte da hierarquia conservadora da Igreja, que proibiu a participação dos teólogos da Libertação na conferência.⁷³

Percebe-se que a ala progressista da Igreja soube utilizar o discurso do Papa a seu favor, o que não significa dizer que esse discurso foi progressista, tampouco as ações papais. Entende-se que a Igreja fez determinadas *concessões* porque se tornara impossível negar a Teologia da Libertação e a realidade por ela denunciada.

⁷¹ Ibidem, p.107.

⁷² IOKOI, op. Cit. P. 59.

⁷³ LÖWY, M. *A guerra dos deuses: religião e política na América Latina*. Petrópolis: Vozes, 2000. p.81.

Mas, ao mesmo tempo, a Igreja tentou exercer controle sobre as práticas desencadeadas por essa teologia.

Tendo isso em mente, é possível observar que o momento de articulação e estruturação da ação pastoral da Igreja Católica nas décadas de 1970-80 correspondeu ao momento de maior divulgação da Teologia da Libertação, vinda das Conferências de Medellín e Puebla. A ação pastoral que surgiu a partir dali foi, portanto, permeada por tais propostas, mas também pelos conflitos advindos dessas novas propostas.

1.2 – ACONTECIMENTOS NO CAMPO DA MEDICINA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) é uma agência especializada subordinada à Organização das Nações Unidas (ONU). Sua constituição foi adotada pela Conferência Sanitária Internacional, realizada em Nova York, em 22 de julho de 1946, e firmada nesta data pelos representantes dos 61 Estados presentes na ocasião, como uma ação interina. No dia 07 de abril de 1948, a Constituição da OMS entrou em vigor, quando foi entregue a aceitação formal ao Secretário Geral das Nações Unidas. Considera-se essa última data como a da fundação da OMS, na qual celebra-se, todos os anos, o Dia Mundial da Saúde.

De acordo com a Declaração dos Direitos Humanos adotada pela ONU em 1948, a Constituição da OMS instituiu a saúde como um direito universal, responsabilizando os governos de cada nação pela saúde de seus povos. Conforme a Constituição, a saúde só poderia ser alcançada a partir de medidas sanitárias e sociais adequadas, e era definida como completo bem-estar físico, mental e social.⁷⁴

O que se observou é que esta definição não teve repercussão efetiva na política da OMS tampouco nas políticas de saúde dos 61 países que assinaram o

⁷⁴ OMS. *Constituição da Organização Mundial da Saúde*. Disponível em: <<http://www.who.int/governance/es/>> Acesso em: 02/07/2007.

documento citado. Até os anos 1970, os programas ligados à promoção da saúde tinham seu paradigma baseado exclusivamente na doença e em seu combate.⁷⁵

Em 1978, ocorreu na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão soviético, a Segunda Conferência Internacional sobre Atendimento Primário de Saúde, organizada pela OMS. A declaração de Alma-Ata recomendou a formação de uma grande variedade de profissionais na área da saúde, incluindo terapeutas tradicionais treinados para trabalhar em uma equipe integrada de saúde, que respondesse às necessidades expressas pela comunidade em que atuasse.⁷⁶

A Conferência destacou a importância da participação comunitária integral e organizada da ulterior autoconfiança com que indivíduos, famílias e comunidades assumem maior grau de responsabilidade por sua própria saúde. A participação da comunidade na determinação e solução de seus problemas de saúde pode ser facilitada pelo apoio de grupos tais como órgãos locais de governo, líderes locais, grupos voluntários, grupos juvenis e femininos, grupos de consumidores, a Cruz Vermelha e sociedades afins, outras organizações não-governamentais e movimentos de libertação, bem como pelo esclarecimento popular. Para fazer com que os cuidados primários de saúde sejam parte integrante do desenvolvimento comunitário e nacional e não se desenvolvam como uma ação periférica isolada, indispensáveis são a promoção, a coordenação e o apoio administrativo não apenas ao nível local como também aos níveis intermediário e central.⁷⁷

Assim, a OMS definia os Cuidados Primários de Saúde como o acesso de todos os indivíduos e famílias de uma comunidade a serviços essenciais de saúde, prestados por meios que lhe fossem aceitáveis, com participação integral desses indivíduos e custos que a comunidade e o governo pudessem assumir. Os Cuidados Primários de Saúde voltar-se-iam para os principais problemas de saúde da comunidade e, a partir deles, deveriam ser elaborados os métodos de prevenção, cura, promoção e reabilitação da saúde.⁷⁸

⁷⁵ KLEBA, M.E. *Descentralização do sistema de saúde no Brasil*. Chapecó: Argos, 2005. p. 111

⁷⁶ MACIEL, P. A *(R)evolução da medicina*. Curitiba: Araucária Cultural, 2001. p. 259.

⁷⁷ UNICEF/OMS. Cuidados Primários de Saúde In: *Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasília: UNICEF/OMS, 1979. P. 15.

⁷⁸ *Ibidem*, p. 28.

Ratificou-se em Alma-Ata a proposta de abordagem feita pela OMS a partir de 1976, quando as chamadas *medicinas tradicionais* foram incorporadas aos programas da OMS, com o intuito de cumprir o objetivo de proporcionar *Saúde para todos no ano 2000*. Propunha-se, portanto, que vários tipos de recursos terapêuticos fossem utilizados para este fim, mesmo os não-convencionais ou chamados "não-científicos", tais como o treinamento de parteiras e de agentes de saúde.⁷⁹

As questões abordadas pela OMS na década de 1970, foram, por sua vez, resultantes do debate que ocorria desde a década anterior. No ano de 1962, a OMS fora responsável pela realização da Conferência Internacional sobre Atendimento Primário de Saúde, também na cidade de Alma-Ata. Constatou-se na ocasião que metade da população mundial não possuía o acesso ao mínimo atendimento necessário à saúde, daí a preocupação em criar meios de disponibilizar treinamentos em diversos países para este fim, aliando o conjunto de saberes médicos tradicionais a práticas da medicina convencional, ou mesmo a práticas populares não relacionadas ao saber científico. Foi neste contexto que se criou o termo "medicina alternativa" – com ele, entendia-se haver uma proposta "alternativa" à medicina contemporânea.⁸⁰

Em todo o mundo, geral é o desencanto com a atenção à saúde. As razões não são difíceis de perceber. Com o conhecimento técnico existente, seria possível melhorar a saúde. Infelizmente, na maioria dos países esse conhecimento não está sendo aplicado em benefício da maioria. Os recursos de saúde destinam-se sobretudo a sofisticadas instituições médicas em áreas urbanas. Muito ao contrário da duvidosa premissa social em que tal fato se baseia, a concentração de complexa e dispendiosa tecnologia em limitados segmentos da população sequer oferece a vantagem de melhorar a saúde. Na verdade, equipara-se o aprimoramento da saúde à prestação de serviços médicos por crescente número de especialistas, que utilizam tecnologias médicas excludentes em benefício de alguns privilegiados. Os indivíduos passaram a ser casos, e o contato entre os provedores e os beneficiários da assistência médica desapareceu.⁸¹

⁷⁹ MACIEL, op. cit. p. 258.

⁸⁰ Ibidem. Ver também: LUZ, M. T. *Novos Saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: Hucitec. 2003, p. 37-38.

⁸¹ UNICEF/OMS, op. cit. p. 31.

Além do incentivo à utilização das medicinas alternativas, encontramos ainda outros elementos no documento de Alma-Ata de 1978 que se mostram importantes para esta análise.

Ao ler o documento é possível localizar paradoxos. A primeira impressão é a de que sua preocupação central era isentar os governos dos diversos países de suas responsabilidades sobre a saúde de suas populações, ao pretender que os próprios indivíduos e as comunidades se responsabilizassem por ela; dessa forma, visando a que um número cada vez menor de pessoas precisasse buscar as instituições de saúde, permitir-se-ia aos governos gastos menores com a manutenção de hospitais, por exemplo. O documento é dirigido diretamente a esses governos e resultado de debates entre seus representantes durante a Conferência. Em várias passagens fica claro que, embora se objetivasse um trabalho que envolvesse as comunidades, para que se responsabilizassem por sua própria saúde, esta era um direito que deveria ser garantido pelo Estado.

Em relação aos gastos, que seriam diminuídos na manutenção de hospitais, caso a proposta fosse colocada em prática, deveriam ser concentrados em outras áreas que envolvessem os Cuidados Primários de Saúde: promoção de nutrição apropriada, provisão de água de boa qualidade, saneamento básico, saúde materno-infantil, planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, educação no que concerne aos problemas de saúde e aos métodos para a sua prevenção e controle e o tratamento apropriado de doenças e lesões comuns.⁸²

Explicitou-se no documento a preocupação de que a saúde fosse "distribuída" entre a população de maneira mais igualitária. A situação mundial constatada era a de desigualdade na "distribuição da saúde", conforme a posição social dos indivíduos; sendo assim, o objetivo era reduzir a distância entre os privilegiados e os carentes no acesso à saúde. Na visão exposta no documento, ter acesso à saúde significaria permitir que os cidadãos de todas as nações desfrutassem de uma vida social e economicamente ativa.⁸³

⁸² Ibidem, p. 28.

⁸³ Ibidem, p. 14.

O que se pode inferir, entretanto, é que mesmo com a mobilização da população e dos diversos organismos sociais, governamentais e não-governamentais de cada nação, para a mobilização em torno dos cuidados primários, a saúde ainda seria distribuída de maneira desigual. Os países desenvolvidos ou as regiões e indivíduos mais ricos dos países subdesenvolvidos continuariam tendo acesso à medicina especializada e a boas condições sanitárias, enquanto as populações pobres de todo o mundo teriam acesso aos cuidados primários: uma “medicina para os pobres”.

Neste ponto, é necessário avaliar como as principais idéias difundidas pela OMS foram utilizadas por diferentes organizações e grupos ligados à saúde, em momentos diversos, inclusive pela Pastoral da Saúde – a concepção de saúde como bem-estar biopsicosocial e os cuidados primários de saúde como a solução que levaria à igualdade de distribuição da saúde, a “saúde para todos”.

No Brasil, o primeiro desses grupos – que será apresentado em detalhes no terceiro capítulo deste trabalho – foi o Movimento de Reforma Sanitária, que teve maior atuação nos anos 1980. Movimento social pela saúde, tinha forte ligação com a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz, no Rio de Janeiro, atuando também no sul do Brasil, onde aproximou-se da Pastoral da Saúde.

Sua principal reivindicação nos anos 80 foi a institucionalização de um Sistema Único de Saúde acessível a toda população de maneira democrática e no qual o atendimento não tivesse ônus para os cidadãos, além dos impostos já destinados à saúde no país. Ao fazer essas reivindicações, teve como lema a principal meta da OMS, “saúde para todos”, e defendeu a atenção primária como um dos principais meios para se atingir esse objetivo.

Ao defender tais ideais durante o período da ditadura militar no Brasil, a crítica que o Movimento de Reforma Sanitária fazia à ausência de saúde foi necessariamente uma crítica social, e conseqüentemente, uma crítica ao governo antidemocrático e suas soluções para a saúde não-democráticas.

Outro grupo a destacar foi o dos defensores das medicinas alternativas, entre eles médicos homeopatas, terapeutas alternativos e intelectuais estudiosos do tema. Quando a OMS fez uso pela primeira vez do termo *medicina alternativa*, o fez no intuito de designar uma prática médica distinta daquela da medicina científica, que

fosse uma alternativa a esta, para aqueles a quem ela não servia, incentivando as comunidades mais pobres à mobilização em torno de suas práticas populares. Todavia, ao longo do tempo, a expressão *medicina alternativa* tomou outro significado.

Para a pesquisadora Madel Teresinha Luz, pensar em medicina alternativa, mais do que pensar simplesmente em uma “alternativa” à medicina científica contemporânea é pensar em diferentes paradigmas em torno das relações saúde/doença, ou em novas “racionalidades médicas”,⁸⁴ que podem ser consideradas uma “fuga” ao sistema de saúde biomédico. Para desenvolver sua análise, a autora pautou-se nas críticas feitas na Conferência de 1978, em Alma-Ata: diante da incapacidade de uma medicina tecnológica e especializada na resolução de problemas de uma expressiva camada populacional, buscava-se uma outra racionalidade para a saúde.⁸⁵

Na visão da autora, o surgimento desses novos modelos de cura no Brasil se deu a partir da segunda metade do século XX, principalmente em decorrência do movimento social urbano denominado *contracultura*, desencadeado nos anos 1960 e prolongado durante os anos 1970 nos Estados Unidos e no continente europeu. Esse fenômeno possibilitou a reutilização de antigas práticas de manutenção da saúde, atingindo os países da América Latina notadamente nos anos 1980.⁸⁶ Assim, algumas características atribuídas às medicinas alternativas seriam desdobramentos desse contexto, principalmente sua posição antitecnológica em relação à saúde:

Defendiam formas simplificadas e não invasivas no tratamento de doenças, o consumo de medicamentos oriundos de produtos naturais (não químicos) e uma proposta ativa de promoção da saúde (distinta do preventivismo médico), ao invés da postura tradicional de combate às doenças, característica da medicina científica. Nesse caso, o naturismo significa não apenas rejeição da medicina especializada e tecnificada, por invasiva e iatrogênica, portanto antinatural, mas também a afirmação da força curativa da natureza e da eficácia maior das terapêuticas provenientes da natureza.⁸⁷

⁸⁴ LUZ, op. cit.

⁸⁵ Ibidem, p. 489.

⁸⁶ Ibidem, 512.

⁸⁷ LUZ, M.T. *A arte de curar versus a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil*. São Paulo: Dynamis Editorial, 1996. p. 274.

Observa-se que a idéia de as medicinas alternativas portarem uma nova racionalidade não foi assimilada pela população em geral, mas, principalmente, por uma classe média em ascensão e escolarizada.⁸⁸ Além das questões ligadas à saúde, a nova racionalidade veio acompanhada de nova forma de religiosidade, o movimento *New Age* (“nova era”), que procura agregar elementos de culturas tradicionais ao ritmo de vida atual. Ao agregar idéias religiosas de outras culturas, o *new age* não segue um dogmatismo religioso específico e, por isso, denomina-se movimento e não religião.⁸⁹

Uma de suas principais características – além do “alternativismo” e de seus adeptos provirem majoritariamente da classe média urbana escolarizada – é o individualismo. O movimento *New Age* enfatiza o desenvolvimento espiritual de cada indivíduo, propugnando muitas vezes que a realidade provém da essência individual e é moldada a partir da vontade e percepção de cada indivíduo.⁹⁰ Como tudo dependeria da vontade e do nível de evolução e equilíbrio espirituais individuais, não seria diferente em relação a saúde e doença:

A “saúde é o índice de ‘integração cósmica’ (Soares 1990:266), da mesma forma que a “cura parece ser quase invariavelmente o coroamento ideal, não necessariamente alcançável, de um desenvolvimento anímico ou psicológico sustentado por condições físicas compatíveis com um estilo de vida virtuoso” (Soares 1989:130). O *new age* pode, afinal, reconhecer que está pagando alguma dívida cármica, e o reconhecimento é tomado como um sinal que reafirma a perfectibilidade, em face da ignorância prévia.⁹¹

Assim como em relação à saúde, os indivíduos marginalizados, por estarem em uma posição social inferior, também são responsabilizados quanto aos problemas sociais. Dessa forma, mobilizações sociais não são incentivadas para a resolução de tais problemas:

⁸⁸ D’ANDREA, A. A. F. *O self perfeito e a nova era: individualismo e reflexividade em religiosidades pós tradicionais*. São. Paulo: Loyola, 2000. p. 82-84.

⁸⁹ Ibidem, p. 61.

⁹⁰ Ibidem, p. 62-3.

⁹¹ Ibidem, p. 101.

No caso dos problemas sociais, a resposta é mais fácil: trata-se do problema dos “outros”, que se encontram em situação e ignorância espiritual, muitas vezes pagando dívida cármica. A lógica reencarnacionista é radicalizada em certas lendas do ocultismo ocidental, em que perseguições e massacres relativos a um grupo étnico-nacional no presente são explicadas por meio de processos similares ocorridos com o mesmo povo ou com outros povos, de forma “aparentemente desconexa”. Como exemplo do ocultismo, o massacre judaico seria o resgate do massacre semita perpetrado por hebreus há milênios; e os nazistas estariam resgatando seus males reencarnando entre os famintos da África. Pela ótica de muitos reencarnacionistas, “isso está perfeitamente de acordo com as leis cósmicas de causa e efeito, que devem ser vistas com naturalidade, desapassionadamente”.⁹²

Tais características do movimento *New Age* foram destacadas para demonstrar os principais paradoxos existentes na apropriação das idéias da OMS feita pelas medicinas alternativas entre os anos 1970 e 1990. Embora até a atualidade seus adeptos se apropriem do conceito de saúde da OMS e do princípio de uso de medicinas alternativas como atendimento primário para a garantia da saúde, isso está em oposição ao princípio difundido a partir da Conferência de Alma-Ata, em 1978, e dos movimentos sociais pela saúde que tomaram tais conceitos para si, porém de maneira diferenciada.

Enquanto os *new agers* são majoritariamente de classe média e acreditam no individualismo, o alvo das atenções dos participantes dos movimentos sociais, bem como da OMS, são as populações mais pobres de todo o mundo. Ao se apropriarem das idéias da OMS, os movimentos sociais pela saúde visavam a mobilização comunitária, difundindo valores contrários ao individualismo. Nesse sentido, a maneira pela qual a Pastoral da Saúde entende a utilização de medicinas alternativas está muito mais próxima daquela dos movimentos sociais.

É importante apontar que a inserção dessas práticas no Brasil não se deu sem conflitos: o sistema médico, científico e oficial, não aceitou as medicinas alternativas sem o grande debate em torno da legitimidade das mesmas, principalmente sobre a prática dita não-científica.

⁹² Ibidem, 100-101.

No entanto, a partir de agosto de 1985, constata-se nos serviços médicos públicos a legitimação da homeopatia, da fitoterapia e da medicina tradicional chinesa (com a acupuntura), mediante convênios do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) e do Ministério da Previdência Social com instituições acadêmicas como Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz), UERJ (Universidade Estadual do Rio de Janeiro) e o IHB (Instituto Hannemaniano Brasileiro).⁹³ Tal legitimação não esteve, entretanto, isenta dos conflitos citados anteriormente, mas foi resultado dos mesmos.

Entre as diversas práticas ligadas às medicinas alternativas, constatou-se que a fitoterapia foi a de maior aceitação por parte dos médicos e teve mais facilidade de implantação, tendo em vista que para sua indicação não é necessário um atendimento clínico diferente do alopático.⁹⁴

Gradualmente, as práticas médicas alternativas ganharam status de *medicinas paralelas*, passando a ser incorporadas e utilizadas paralelamente ao sistema de saúde biomédico.⁹⁵ De acordo com François Laplantine, entende-se que a incorporação das práticas alternativas paralelamente à biomedicina não acabou com os conflitos, esses continuaram a existir, mesmo que de maneira implícita.

No amplo contexto das práticas para a manutenção da saúde citadas, buscou-se perceber as transformações ocorridas na Pastoral da Saúde quanto aos usos que essa passou a fazer das chamadas medicinas alternativas como forma de valorização do saber popular nas comunidades de Florianópolis, principalmente a partir de 1978. As formas de cura e prevenção de doenças praticadas nesse momento pelos agentes pastorais podem ser classificadas como *medicina popular*, entendida por François Laplantine como o conjunto de práticas situadas às margens da cultura ocidental contemporânea, já que não legitimadas socialmente pela biomedicina. O autor salienta também que o próprio conceito de medicina popular deve ser questionado, tendo em vista que ela também utiliza práticas e conceitos religiosos e da medicina oficial de décadas ou séculos precedentes e hoje já abandonadas pela ciência e conseqüentemente a biomedicina.⁹⁶

⁹³ LUZ, *Novos saberes...*, op. cit. p. 72.

⁹⁴ QUEIROZ, M. S. *Saúde e doença: um enfoque antropológico*. Bauru: EDUSC, 2003. p.176.

⁹⁵ LAPLANTINE, F. & RABEYRON, P. *Medicinas Paralelas*. São Paulo: Brasiliense, 1989.

⁹⁶ *Ibidem*, p. 54.

Percebe-se na prática da Pastoral uma aproximação com os movimentos sociais brasileiros pela saúde da década de 1980, num contexto de debates em torno da Constituinte e da implementação de um Sistema Único de Saúde, incorporando os cuidados primários com a saúde. Tal contexto será avaliado de maneira mais aprofundada no terceiro capítulo deste trabalho, no qual serão analisadas as fontes da própria Pastoral da Saúde.

1.3 – A VIDA RELIGIOSA INSERIDA NOS MEIOS POPULARES

Irmã Yolanda

Muito válido seu questionamento às experiências de pequenas comunidades – que aliás, já estão passando da fase de simples experiência para se afirmarem como a melhor solução. O pessoal que começa a deixar os conventos fica ansioso por poder respirar os novos ares de uma vida menos opressiva e às vezes se embriaga com o perfume das flores. De fato, não tem sentido formar pequenas comunidades só para "não ter que agüentar superiores ou poder viver a seu modo".

Isso é coisa de moça do interior que sai de casa aos dezoito anos para fazer faculdade na capital. Se abandonamos os conventos é porque precisamos de novos instrumentos apostólicos. Os conventos eram apropriados ao sistema feudal, mas constituem ostentação e escândalo numa sociedade urbana industrializada, onde quem tem casa de quarto e cozinha deve se dar por satisfeito. Mas o problema não se esgota aí. Na sociedade feudal, homoganeamente cristã, a instituição religiosa era o centro da convergência da comunidade. O ritmo era marcado pelo repicar dos sinos. Hoje esse eixo quebrou-se. E se a Igreja não quer ficar como fermento fora da massa, ela deve ir ao encontro dos homens lá onde eles têm sua vida e seu trabalho.⁹⁷

Em outra de suas cartas escritas na prisão, de 1973, Frei Betto dirigiu-se a certa irmã Yolanda, refletindo acerca da vida religiosa. Os “ares de mudança” na Igreja comentados anteriormente transparecem também no trecho dessa carta. Frei Betto toca em um assunto caro à Teologia da Libertação, estimulado pelas

⁹⁷ FREI BETTO, *Cartas...*, op. cit., p. 186.

mudanças ocorridas desde o Concílio Vaticano II às Conferências Episcopais Latino-americanas: *a vida religiosa inserida*.

O tema foi debatido por 688 superiores e superiores de ordens religiosas na Assembléia Geral Ordinária da CRB realizada entre os dias 27 de julho e 02 de agosto de 1980. O objetivo da assembléia era encontrar novos caminhos para a vida religiosa de acordo com a *opção preferencial pelos pobres* da Conferência de Puebla.

No Brasil, a *vida religiosa inserida* teve sua primeira fase nos anos 1960, com o aparecimento, desenvolvimento e consolidação de pequenas comunidades religiosas. Os próprios religiosos rejeitavam os elementos tradicionais da vida religiosa, entendidos naquele momento como deslocados socialmente de seu contexto.⁹⁸

Era indispensável que a VR, como um todo, reencontrasse o seu lugar específico dentro de uma Igreja que não só tinha mudado a sua relação com o mundo (e a teologia da mesma), mas que se compreendia a si mesma a partir de um novo lugar social: as CEBs e a opção pelos pobres. Como poderia deixar de repercutir isto na compreensão, missão e o lugar da VR dentro de tais comunidades eclesiais?⁹⁹

A fase seguinte foi a do engajamento pastoral, identificada nos anos 1970, que desembocou nas comunidades inseridas nos meios populares. Isso se deu por conta das mudanças teológicas e da integração dos religiosos e religiosas na Pastoral de Conjunto da Igreja Católica, fruto de uma proposta aprovada na Assembléia Geral Ordinária da Conferência de Religiosos do Brasil (CRB) de 1977.¹⁰⁰ Assim, houve uma mudança do lugar geográfico da vida religiosa – dos "centros" para as "periferias" – que pretendia também uma mudança social, política e, sobretudo, na compreensão da própria vida religiosa:

⁹⁸ PALACIO, C. *Vida Religiosa Inserida nos meios populares*. Texto apresentado para estudo e debate aos 688 Superiores e Superiores Maiores na XII AGO da CRB. Rio de Janeiro, 27/VII a 2/VIII de 1980. Rio de Janeiro: CRB, 1980. p. 12-5.

⁹⁹ Ibidem, p. 15.

¹⁰⁰ Idem.

A saída do conhecido para o desconhecido, o abandono das seguranças institucionais, a renúncia às facilidades de uma convivência urbana pensada e construída em função e a partir do poder social, político e econômico - de uma classe. Experiência do que significa viver, alimentar-se, vestir-se e descansar "fora dos muros" (Heb 13,12), isto é, na ausência da mais elementar infra-estrutura humana. Mudança que não altera só o estilo de vida mas que se reflete nos ritmos – humano, comunitário, apostólico e espiritual – transtornados pela separação e distância entre o lugar de moradia e de trabalho (sobretudo quando é assalariado).¹⁰¹

É importante destacar que a inserção dos religiosos pressupunha a moradia e o trabalho desses no meio em que se inseriam; não era vista como uma prática de caridade, beneficente, mas como uma opção de fato. Os religiosos não assumiam a causa do povo à distância, mas tornavam-se também povo, agora fariam parte dele e levariam adiante suas lutas:

ASSUMIR A CAUSA DO POVO no espaço profissional ou de classe onde se está situado. Ter aí uma opção de fundo, um posicionamento aberto, libertador, que leva a defender a causa do povo. Esse terceiro nível é problemático. Não é muito fácil, sem contato direto com o povo, ter um posicionamento político deste tipo. Por outro lado, este assumir a causa do povo é o foco da inserção. Sem esta opção a moradia e o trabalho no meio do povo não chegam a ser de fato inserção.¹⁰²

A *vida religiosa inserida* promoveu mudanças também na área da saúde. As religiosas e religiosos que trabalhavam nessa área passaram a pensar suas práticas a partir da inserção. Nessa perspectiva, de debates sobre a inserção, a CRB criou, em 1976, o Grupo de Trabalho de Saúde (GTS). Os encontros do GTS visavam as irmãs engajadas em obras ligadas à questão pastoral e à problemática da saúde vivida nos hospitais, muitos deles administrados por congregações religiosas.

¹⁰¹ Ibidem, p. 21.

¹⁰² CRB. *Relatório de Atividades*. 1980-1983. P.39-40.

Posteriormente, os religiosos que atuavam no campo da saúde preventiva também foram englobados.¹⁰³

Inserida na área específica da saúde, a religiosa enfermeira é chamada a exercer continuamente a empatia para com os irmãos, em sua maioria carentes, vítimas de subnutrição, das moléstias evitáveis, das doenças de massa. E de qualquer maneira, sofrendo as limitações impostas pela doença, num mundo doloroso que nivela ricos e pobres, na dor.¹⁰⁴

A inserção passou a ser pensada na área da saúde, levando em consideração os debates e as tendências mundiais, confrontando-os com a realidade dos religiosos. A saúde passou a ser entendida em outro lugar geográfico, político e social: fora dos hospitais e dentro das comunidades nas quais os religiosos passaram a inserir-se.

O questionamento da realidade, que implica em não tomá-la por imutável, exige a transformação não só de estruturas senão de metodologia e estratégias de ação. Nesse novo tipo de atuação no campo da saúde, importa considerar o homem integrado na sua comunidade e perguntar: quais são as principais ameaças à sua saúde? Quais dessas ameaças podem ser controladas com recursos disponíveis?¹⁰⁵

¹⁰³ Ibidem, p.50-1.

¹⁰⁴ Relatório do I Seminário Regional de Saúde realizado pela Conferência de Religiosos do Brasil da Regional de Santa Catarina entre 21 e 25 de agosto de 1975.

¹⁰⁵ CRB, *Relatório...*, op. cit., p. 52.

1.3.1 – "UMA CONGREGAÇÃO RELIGIOSA": FRATERNIDADE ESPERANÇA

Em 03 de outubro de 1978, surgiu em Florianópolis a *Fraternidade Esperança*, quando 52 irmãs da congregação da Divina Providência pediram desligamento desta e se organizaram, como comunhão de pessoas à maneira dos religiosos, ainda não reconhecida como congregação pelas leis e exigências do Direito Canônico. Assinaram a seguinte declaração: "declaro que, muito consciente, de livre e espontânea vontade, e vendo nisto um caminho de Deus, optei e me decido a assumir a experiência de uma nova Fraternidade Religiosa, marcada pela busca da verdadeira vida evangélica, e engajada na pastoral da Igreja de hoje".¹⁰⁶

A dissidência dessas religiosas ocorreu como resultado e, de certa forma, pôs fim a um conflito ocorrido dentro da Província da Divina Providência de Florianópolis, entre os anos de 1976 e 1978. Percebe-se que conflitos como esse estavam diretamente ligados aos debates, aqui apontados, que ocorriam dentro da Igreja naquele momento. Dentro da congregação da Divina Providência houve uma polarização entre as religiosas que optaram pela forma tradicional de vida religiosa e aquelas que buscavam uma maneira de inserção social nas comunidades de periferia de Florianópolis.

Um dos pontos fortes do conflito foi a ênfase dada pelas áreas de atuação da Congregação da Divina Providência em função da população mais carente de Florianópolis. Essa congregação era proprietária de um tradicional colégio de Florianópolis, o Colégio Coração de Jesus. No ano de 1975, irmãs e leigos que ali atuavam se deslocaram para comunidades de periferia no intuito de organizar creches nesses locais. Houve também a tentativa de abertura do colégio para as crianças carentes e a oferta de educação de jovens e adultos no período noturno. Tais idéias não foram bem recebidas por um grupo de leigos e de religiosas da própria congregação:

¹⁰⁶ KÖRBES, Irmã Madalena. *História da Congregação das Irmãs da Divina Providência* – de 1929 a 2003. Porto Alegre: Provincialado das Irmãs da Divina Providência, Província Imaculado Coração de Maria. p. 151.

... a própria sociedade reagiu, não aceitando que criança pobre estudasse no Colégio, ainda mais com os filhos deles. Inclusive, a Flávia¹⁰⁷, na época, ela quis abrir o Colégio à noite, que geralmente ficava fechado, para que as pessoas da comunidade pudessem estudar de graça, com os professores do Colégio com o mesmo nível dos turnos matutino e vespertino. Os pais não aceitaram, foi uma reação violenta, aí começou o desentendimento. Os pais questionando a Flávia, questionando as madres provinciais da época e a sociedade, os que estudavam no Colégio, os pais tinha gente de classe média e da elite.¹⁰⁸

É importante ressaltar que, além do trabalho da congregação na área da educação, existia também uma atuação na área da saúde, sendo a Divina Providência administradora de diversos hospitais nesse mesmo período.¹⁰⁹

O conflito gerou uma reação das religiosas que não aceitavam as práticas mais progressistas, o que as levou a recorrer a Dom Afonso Niehues¹¹⁰, que propôs a criação de uma nova Província, tendo em vista as incompatibilidades entre os grupos dentro da mesma congregação:

Diante de tal situação, cheguei à conclusão de que ambos os estilos de Vida Religiosa – uma na linha da tradição, outra na linha da encarnação –, na realidade, são viáveis e dignos de acatamento, porém inconciliáveis nas mesmas comunidades. Parece, por conseguinte, natural e lógico que seja criada uma nova Província, dando, inicialmente, liberdade às religiosas para que optem por esta ou aquela Província, de acordo com o estilo de vida que desejam seguir.¹¹¹

¹⁰⁷ O entrevistado se refere à Irmã Flávia Bruxel, que, na época, era diretora do Colégio Coração de Jesus e posteriormente foi uma das que se separou da Congregação para formar a Fraternidade Esperança.

¹⁰⁸ LIVIO, Tito. Depoimento, maio 2005. Florianópolis (SC). Entrevistado por Clarice Bianchezzi. Acervo da autora. Apud.: BIANCHEZZI, C. *Religiosas dissidentes: memórias de tensões na Igreja Católica de Florianópolis (1968-1978)*. Florianópolis: Universidade do Estado de Santa Catarina (monografia de Conclusão do curso de História), 2005.p. 33.

¹⁰⁹ Entre os hospitais administrados pela congregação da Divina Providência estavam: Hospital de Caridade (Florianópolis), Hospital Marieta Konder Bornhausen (Itajaí), Hospital São Francisco de Assis (Santo Amaro da Imperatriz), Hospital São José e Maternidade Chiquinha Galotti (Tijucas), Hospital e Maternidade São José (Jaraguá do Sul), Hospital Nossa Senhora da Conceição (Tubarão), Hospital de Caridade Senhor Bom Jesus dos Passos (Laguna) e Hospital Nossa Senhora das Graças (Bom Retiro).

¹¹⁰ Dom Afonso Niehues foi arcebispo de Florianópolis no período de 1967 a 1991. Em seu arcebispado, foi organizada a Ação Pastoral de Conjunto da arquidiocese e criada a Regional Sul IV da CNBB, em 1970.

¹¹¹ Carta do Arcebispo de Florianópolis, Dom Afonso Niehues ao Cardeal Eduardo Pironio, DD. Prefeito da S.C. dos Religiosos e Institutos Seculares em 22 de julho de 1977. Apud. KÖRBES, op. cit., p.153.

A solução, entretanto, não foi aceita pela Sagrada Congregação dos Religiosos e Institutos Seculares em Roma. Também não se chegou a um consenso durante o Capítulo Geral¹¹² da Congregação da Divina Providência, ocorrido entre 05 de julho e 05 de agosto de 1978¹¹³. Houve a demissão coletiva de 52 religiosas, unidas sob a direção do bispo de Joinville, Dom Gregório Warmelling, a quem foram entregues, em 05 de dezembro de 1978, 46 procurações com pedidos de dispensas de votos. Em carta anexa, Dom Gregório acolhia as religiosas egressas em sua diocese. As cartas foram encaminhadas para a Congregação dos Religiosos, em Roma e a dispensa das irmãs foi entregue à superiora provincial, Irmã Cacilda Salthier, em 08 de janeiro de 1979.¹¹⁴

Assim, um número considerável de religiosas que ocupavam cargos de liderança na Província Coração de Jesus da Divina Providência formou a Fraternidade Esperança. Desde outubro de 1978, a Fraternidade Esperança foi acompanhada também por um assessor jurídico-canônico, a pedido de Dom Gregório: Frei Fábio Panini, que era também assessor da CRB Nacional.

É importante salientar que a formação e a vivência da Fraternidade Esperança foi profundamente influenciada pela Teologia da Libertação e pela noção de vida religiosa inserida nos meios populares. Após a dissidência, as religiosas egressas da Divina Providência optaram por viver nas comunidades de periferia da cidade de Florianópolis. Como haviam sido demitidas de suas atividades profissionais que realizavam na congregação, decidiram viver de seus próprios trabalhos assalariados, dividindo o que recebiam. Desta maneira foram expostas as opções da Fraternidade Esperança:

Quanto à espiritualidade: a Fraternidade Esperança assume a espiritualidade do êxodo, lugar de grandes medos, onde não há caminhos prontos; onde o grito primeiro são as necessidades básicas da vida: água e pão, terra e casa. Aí

¹¹² Os Capítulos Gerais de Congregações Religiosas são uma espécie de assembléia geral, realizadas periodicamente.

¹¹³ Para mais detalhes acerca dos conflitos internos da Divina Providência e conseqüente formação da Fraternidade Esperança ver: BIANCHEZZI, op. cit. e KÖRBES, op. cit.

¹¹⁴ KÖRBES, op. cit., p. 100.

buscamos realizar, de forma coletiva, a descoberta do Deus vivo e libertador nos milhões de empobrecidos do Continente e em cada um de nós.¹¹⁵
Quanto às finanças: conforme a nossa opção de viver a dimensão evangélica da pobreza, propomo-nos a viver de nosso trabalho. ... Vivendo numa sociedade de consumo, nossa consciência evangélica nos move a contestar este modo de viver. Queremos partilhar, individual e comunitariamente nosso trabalho, nosso salário, nossa vida, entre nós e com o povo...¹¹⁶

Entre as novas integrantes da Fraternidade Esperança, estava a primeira coordenadora da Pastoral da Saúde da Regional Sul IV da CNBB, a Irmã Cacilda Hammes, que, em 1986 assumiu também a coordenação nacional da Pastoral da Saúde. Penso que parte de sua trajetória – primeiramente como enfermeira da Congregação da Divina Providência e posteriormente como integrante da Fraternidade Esperança – explica muito da trajetória da própria Pastoral da Saúde.

Irmã Cacilda Hammes tornou-se religiosa em 08 de janeiro de 1949. A escolha da enfermagem surgiu depois que já tinha feito os primeiros votos na congregação da Divina Providência, que atuava nas áreas de educação e saúde.¹¹⁷

Em 1956, Irmã Cacilda passou a trabalhar na maternidade Carmela Dutra, em Florianópolis, lá permanecendo até setembro de 1957, quando foi trabalhar durante 5 meses no Hospital de Caridade. Nesse período, Irmã Cacilda recebeu um pedido para organizar uma escola de enfermagem em Florianópolis. Assim, em fevereiro de 1958, passou a morar no Colégio Coração de Jesus, onde organizou a escola de enfermagem. Permaneceu ali até 1964, trabalhando como professora e orientando estágios.

Em 1965, foi para o Rio de Janeiro realizar estudos de especialização. Ao retornar a Florianópolis, voltou a trabalhar na Maternidade Carmela Dutra, entre 1966 e 1968. Em seguida, no Hospital de Caridade, até março de 1973, quando foi para Tubarão, onde assumiu a direção do hospital local.

Nos anos de 1974 e 1975, foi convidada pela congregação a assessorar um conselho na área de saúde, na preparação do Capítulo da mesma. Nesse período, a

¹¹⁵ Projeto de vida da Fraternidade Esperança. Apud. KÖRBES, op. cit., p. 155.

¹¹⁶ Ibidem, p.156.

¹¹⁷ HAMMES, C. Depoimento, julho de 2006. Florianópolis (SC). Entrevistado por Marilane Machado. Acervo da pesquisadora.

Divina Providência passava pela crise que levaria à saída de Irmã Cacilda e mais 51 religiosas da congregação.

Ela envolveu-se também com o Grupo de Trabalho de Saúde da CRB e com a formação da Pastoral da Saúde junto à CNBB regional, participando em 1978 do Seminário Regional de Saúde, que tratava da preocupação com os novos enfoques na área da saúde. O momento é entendido por Irmã Cacilda como um ano de "reviravoltas" na área da saúde, dentro da CRB e da CNBB:

Novos enfoques, aí começaram a colocar a questão da saúde comunitária. Até aí era chamado só "pastoral da saúde", foi o trabalho que era feito em relação com os enfermos e a partir desse seminário com os novos enfoques se diferenciou: a atividade junto ao doente como "pastoral dos enfermos".¹¹⁸

É possível perceber que a "reviravolta" da qual Irmã Cacilda fala não ocorreu somente na Pastoral da Saúde, mas como resultado de toda a transformação vivida por pessoas como Irmã Cacilda naquele contexto, abordado nesta pesquisa.

A religiosa trabalhou nas instituições hospitalares a partir de sua prática de religiosa enfermeira, atuou numa área que passou a ser chamada de "pastoral dos enfermos"; posteriormente, seguindo sua opção em sair da Divina Providência, começou sua atuação na área da saúde da Fraternidade Esperança, passando, assim a um outro contexto: o da saúde comunitária.

Na visão de muitos expectadores do fato, tanto Irmã Cacilda, como as diversas outras religiosas, foram vistas de maneira admiráveis, por terem optado por um modo de vida diferente, tal como assinala o médico Lúcio Botelho em seu depoimento: "e a Cacilda! Ah... Cacilda era a melhor instrumentadora cirúrgica do Estado, a mulher que numa sala cirúrgica era a mestre. E largou tudo!"¹¹⁹

¹¹⁸ HAMMES, C. Depoimento, julho de 2006. Florianópolis (SC). Entrevistado por Marilane Machado. Acervo da pesquisadora.

¹¹⁹ BOTELHO, L. Depoimento, junho de 2006. Florianópolis (SC). Entrevistado por Marilane Machado. Acervo da pesquisadora.

A mudança da prática individual da religiosa foi reflexo de uma prática coletiva e de uma mudança de entendimento do que seria saúde e também religião. Essas transformações interferiram na atuação da Pastoral da Saúde na capital catarinense.

1.4 – A PASTORAL DA SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS

Em 1978, os acontecimentos que envolveram a Pastoral da Saúde na cidade de Florianópolis foram bastante emblemáticos para a análise do campo religioso, conforme já exposto na introdução deste trabalho. Foi este o ano em que se articulou, em nível regional, a Pastoral da Saúde junto à CNBB, a partir das discussões do I Seminário Regional de Saúde, que teve como objetivo principal expor e debater as propostas do Seminário Nacional de Saúde realizado um ano antes. Tais seminários aconteceram por iniciativa da Conferência de Religiosos do Brasil (CRB) que desde o ano de 1976 estava envolvida com a área da saúde, através de um grupo de discussões específico: o Grupo de Trabalho de Saúde.

O Grupo de Trabalho de Saúde da CRB era formado, em sua maioria, por religiosas de diversas congregações do Brasil, geralmente envolvidas com instituições hospitalares, as quais administravam, ou mesmo instituições públicas, nas quais desenvolviam atividades ligada à espiritualização católica envolvendo doentes, familiares e funcionários da área de saúde nesses hospitais.

Além de religiosas, ou seja, portadoras de um capital simbólico do campo religioso, as irmãs estavam também ligadas a um outro campo: o campo da medicina, pois eram todas portadoras de títulos acadêmicos na área – em sua maioria, eram enfermeiras.

Em Florianópolis, as pessoas ligadas à CRB Regional de Santa Catarina fomentaram a institucionalização da Pastoral da Saúde junto à CNBB regional, em 1978. Para que fosse institucionalizada, a enfermeira e religiosa Cacilda Hammes assumiu a coordenação regional da Pastoral. É importante salientar que Irmã

Cacilda faz parte da congregação Fraternidade Esperança, atualmente instalada na cidade de Bragança Paulista, São Paulo; a coordenação regional da congregação situa-se no bairro de Forquilha, São José, com quatro casas nas seguintes localidades da grande Florianópolis: Morro do Mocotó, Ponte do Imaruim, em Palhoça, Fundos, Biguaçu e Vila Aparecida¹²⁰ (todas elas são comunidades de periferia).

Além da Irmã Cacilda Hammes, outras religiosas originárias da Divina Providência e depois integrantes da Fraternidade Esperança também faziam parte da Pastoral da Saúde, idealizaram um trabalho na área da saúde diferente daquele realizado até então; – o desenvolvimento da Pastoral da Saúde Comunitária em algumas comunidades de periferia da cidade de Florianópolis, geralmente as mesmas nas quais se encontravam as casas da Fraternidade Esperança.

Quando um grupo de religiosas – portando bens religiosos de uma instituição –, opta pelo trabalho voltado às classes populares, mesmo num patamar acima dos leigos, por serem portadoras de bens simbólicos da instituição religiosa, estabelece com eles uma relação de trocas, baseada em seus diferentes interesses. Ao mesmo tempo, os diferentes especialistas do campo religioso também estabelecem uma relação de concorrência, pode-se dizer, na qual "vence" o jogo quem oferecer a melhor proposta e receber do grupo de leigos a legitimação para continuar desenvolvendo suas atividades.¹²¹

Embora a Pastoral da Saúde, neste momento já institucionalizada, tenha passado a ser coordenada pelas pessoas ligadas à Fraternidade Esperança, portanto com ações desenvolvidas de acordo com as perspectivas defendidas pelas religiosas e pessoas a elas ligadas, o Grupo de Trabalho de Saúde da CRB continuou a existir de forma independente da Pastoral da Saúde, agregando outros grupos de religiosas que continuavam a agir ligados a instituições hospitalares. Pode-se, assim, visualizar a concorrência dentro do campo religioso e também no campo da medicina, em relação aos trabalhos na área da saúde.

¹²⁰ Arquidiocese de Florianópolis, op. cit., p. 163.

¹²¹ BOURDIEU, *A economia das trocas simbólicas...*, op. cit, p. 50.

O fato de um grupo religioso estar envolvido diretamente com o campo da medicina também deve ser problematizado. Pode-se dizer que nesse caso específico ocorreu uma redefinição dos limites entre o campo religioso e o campo da medicina, que muitas vezes se torna imperceptível dentro da Pastoral da Saúde, já que muitos dos atores sociais participam dos dois campos.

Os religiosos que se envolveram com a Pastoral da Saúde e com o Grupo de Trabalho Saúde da CRB estariam mais preocupados com a situação religiosa dos leigos que procuravam atender ou com as precariedades na área da saúde que procuravam suprir? Estariam mais preocupados com a "cura das almas" ou com a "cura dos corpos"? Com base na idéia de *dissolução* do campo religioso desenvolvida por Pierre Bourdieu, pode-se dizer que "onde se tinha um campo religioso distinto tem-se, a partir de então, um campo religioso de onde se sai sem saber"¹²², já que os religiosos envolvidos neste foram procurar em outro campo, o da medicina, o capital simbólico que legitimasse suas ações – "exercem novas formas de cura das almas com um estatuto de leigos e sob uma forma laicizada; assiste-se então a uma redefinição dos limites do campo religioso, à dissolução do religioso em um campo mais amplo, que se acompanha de uma perda do monopólio da cura das almas no sentido antigo".¹²³

Embora nosso objeto de estudo seja um grupo, a Pastoral da Saúde, não se pode entendê-lo como homogêneo ou igualitário. Ainda que todas as pessoas que o compusessem estivessem unidas em torno da mesma ação, em sua formação possivelmente encontraremos diferentes patamares simbólicos de desigualdade. O mais significativo, para esta pesquisa, é a diferença estabelecida entre coordenadores e participantes do grupo. Quem eram os coordenadores e por que o eram?

Ao longo dos anos 1970 e 80 as pessoas que assumiriam as coordenações das ações pastorais – tanto em nível regional e arquidiocesano quanto nas comunidades, diretamente –, eram pessoas ligadas de alguma forma à hierarquia da Igreja ou que tinham títulos acadêmicos na área de saúde; ou ainda, as duas coisas. Dessa forma, estavam legitimadas pelas instituições religiosas e médicas para

¹²² BOURDIEU, P. *Coisas ditas*. São Paulo: Brasiliense, 2004. p. 122.

¹²³ Idem.

desenvolver os trabalhos aos quais se propunham, mesmo entrando em conflitos. Esses acontecem justamente por serem os indivíduos *nomeados* pelas instituições, ou seja, o fato de serem instituídos prevê que os indivíduos comportem-se conforme a essência social que lhes é atribuída; quando não se comportam dessa forma, acontecem as divergências.¹²⁴

Mais significativo ainda é pensar que os mesmos indivíduos instituídos e legitimados pela religião e pela medicina eram "porta-vozes" de um grupo cujo discurso possuía muitas características antagônicas àquelas das instituições (mesmo estando inserido numa delas). Entendo por "porta-voz" o indivíduo que fala pelo grupo, que lhe concedeu e reconheceu tal autoridade.¹²⁵

As pessoas que assumiram o poder na Pastoral da Saúde a partir de 1978 – e que foram responsáveis pela produção dos discursos que são analisados neste trabalho – precisavam ter seu poder legitimado pelo grupo. Tal poder se constituiria em um bem simbólico raro e bastante disputado, objeto de conflitos entre os detentores do poder e aqueles que o almejavam.¹²⁶

A seguir, apresenta-se o que pode ser classificado como um discurso de contra-legitimidade¹²⁷ dentro da Pastoral da Saúde nos anos posteriores a 1978. O discurso de legitimidade do grupo teve como principal preocupação as questões relacionadas à saúde comunitária e uma orientação teológica, herdeira da Teologia da Libertação. O tema que será agora abordado parte de uma história que não está explicitada no documento oficial da CNBB Regional Sul IV.

¹²⁴ BOURDIEU, P. *A economia das trocas simbólicas...*, op. cit., p. 82.

¹²⁵ Ibidem, p. 89.

¹²⁶ BACZKO, op. cit., p. 310.

¹²⁷ Idem, p. 310.

CAPÍTULO 2

“ESTIVE DOENTE E ME VISITASTE”: A PASTORAL DA SAÚDE NOS HOSPITAIS

A conjuntura que possibilitou o desenvolvimento da Pastoral da Saúde Comunitária em Florianópolis, a partir de 1978, propiciou mudanças nos conceitos de saúde e religião dentro da Igreja Católica. Sendo assim, tais mudanças trouxeram conseqüências para os grupos envolvidos com a área da saúde que se estruturavam dentro da Igreja Católica em Florianópolis. Para além das mudanças, as diferenças de ênfases entre os que se envolveram com as atividades da saúde trouxeram conflitos, mesmo que fossem muitas vezes velados. Neste capítulo, busca-se demonstrar tais diferenças.

Se 1978 foi um divisor de águas na Pastoral da Saúde em Florianópolis, daquele momento em diante foi possível organizar um trabalho voltado para as comunidades de periferia por conta reflexões suscitadas Teologia da Libertação e pela Conferência de Alma-Ata.

Tomar esses discursos como principal linha de orientação fazia parte de um conjunto de interesses do grupo que estava no poder naquele momento. Conforme Roger Chartier, podemos compreender que os discursos de forma alguma são neutros, mas fazem parte da percepção social do grupo que o sustenta. A partir dos discursos, podem ser produzidas estratégias e práticas que tendem a impor autoridade sobre outros, que são menosprezados, e também legitimar projetos

reformadores e justificar escolhas e condutas para os próprios indivíduos que se utilizam dele.¹²⁸

O mais atualizado documento sobre a Pastoral da Saúde da Regional Sul IV dá a impressão de que essa iniciou suas propostas de saúde comunitária a partir do ano de 1978, não dedicando nenhuma atenção ao trabalho desenvolvido anteriormente, por um grupo que também se autodenominava “Pastoral da Saúde”.

Tal omissão no manual, em minha opinião, expressa um conflito proveniente das mudanças teológicas e da área da saúde a partir de 1978. O que havia antes disso? Buscar essa resposta pressupõe desvendar um *campo de concorrências*, já que as lutas pela legitimação de um discurso são lutas de representação, totalmente ligadas às concepções de mundo social.¹²⁹

Informações obtidas em relatórios regionais da Pastoral da Saúde e artigos publicados na Revista Pastoral de Conjunto informam que o grupo da *Pastoral da Promoção da Saúde* foi criado em Florianópolis em 1967. Pretendia formar uma equipe para atingir os setores institucionais de saúde (hospitais, postos de saúde, ambulatorios, associações, INPS, IPESC etc.) assim como os prestadores de serviço, administradores e diretoria dessas instituições, através de escolas e universidades com cursos na área da saúde.

No ano de 1970, a publicação de uma síntese do Segundo Seminário de Pastoral da Promoção da Saúde, realizado em São Paulo, entre 02 e 07 de fevereiro trazia a preocupação muito clara em relação à presença de religiosos dentro das instituições de saúde:

A Hierarquia da Igreja perdeu seu pedestal de ser cabeça nos organismos da saúde. Antes ela dominava, agora é o Estado quem predomina, e isto: pela falta de preparo técnico dos Religiosos; pela falta de conhecimento dos direitos dos Religiosos como os demais profissionais. Mesmo com esta secularização, nossa presença deve ser tão e até mais marcante quanto antes. Pois não é somente pelo fato de sermos cristãos, mas sim até como homens, é que devemos nos preocupar com a saúde.

¹²⁸ CHARTIER, op. cit., p. 17.

¹²⁹ Idem.

A Igreja de hoje deve marcar presença nos organismos de saúde pelo poder moral e pelo poder do testemunho. Concluindo, presença é antes de tudo ser.¹³⁰

A preocupação demonstrada no trecho do documento expressa uma situação recorrente em diversos lugares do país naquele momento: a perda de espaço por parte dos religiosos na administração de hospitais e casas de saúde, bem como na sua atuação profissional dentro dos mesmos.

Aparentemente, em Santa Catarina, esse processo se intensificou a partir de 1972, quando foi criada a Fundação Hospitalar de Santa Catarina. As religiosas começaram a ser paulatinamente retiradas dos hospitais para dar lugar aos funcionários leigos. Algumas, no entanto, foram contratadas pela fundação e passaram a trabalhar como funcionárias.¹³¹ Essa realidade está totalmente ligada à criação de uma pastoral voltada para a área da saúde, no final dos anos 1960.

Através do relato da religiosa Inês Maria Oro, integrante da Congregação das Irmãs Salvatorianas e participante da coordenação da Pastoral da Promoção da Saúde na arquidiocese de Florianópolis entre os anos de 1969 e 1975, é possível perceber, mais uma vez, a preocupação das religiosas com a perda de espaço, principalmente das funções de liderança nas instituições de saúde:

Nós, como religiosos na Igreja – a Igreja está representando e assumiu a missão de Jesus – e nós como religiosos temos como ideal o segmento de Jesus, e as ações. E as grandes ações de Jesus foram na linha da saúde, da cura, da promoção da vida. Então, é algo assim que toca o ser humano na sua essência, que é a vida. E desde o início, pela história da Igreja e a história da saúde vemos que a Igreja assumiu esse papel porque não tinha nenhum órgão na sociedade que assumia esse papel. Então a Igreja assumiu, e à medida em que a sociedade, os órgãos públicos, foram assumindo esse papel na sociedade, a Igreja deixou a liderança de assumir sem deixar a assistência, sem deixar de se preocupar com a assistência religiosa, mas deixou o papel de liderar e de coordenar os serviços de saúde.¹³²

¹³⁰ Síntese do II Seminário de Pastoral da Promoção da Saúde realizado em São Paulo de 02 a 07 de fevereiro de 1970, publicada na Revista Pastoral de Conjunto do mês de junho de 1970, p. 112.

¹³¹ PIAI, A. J. *A Presença das irmãs da Divina Providência no Hospital colônia Sant'Ana, de 1941 a 1992*. Brusque, 1997. Monografia. Escola Superior de Estudos Sociais da Fundação Educacional de Brusque, p. 39-40.

¹³² ORO, I. M. Depoimento, maio de 2006. Videira (SC). Entrevistada por Marilane Machado. Acervo da pesquisadora.

Percebemos que a função de liderança das instituições de saúde por parte da Igreja era mais que administrativa, era vista como uma verdadeira missão dos que optaram por seguir o exemplo de Jesus. Dentro das congregações religiosas que tinham uma linha de atuação na área da saúde, objetivava-se que as atividades envolvendo a saúde não fossem somente de assistência espiritual, mas também de liderança, ou seja, de administração das instituições:

Nós devemos, exercendo a função, atuar dentro da recuperação da vida dando saúde pras pessoas, sendo na questão direta, como tem muitos que estão inseridos nos meios seculares na promoção da vida. Mas pela nossa própria formação nós assumimos a função de liderança, de que a nossa atividade... nós desempenhamos a nossa atividade com todas as forças. Porque esse é o nosso papel, essa é a nossa missão, é a razão de ser. Então, quer queira quer não, pela nossa atuação, pelo nosso envolvimento, pelo nosso comprometimento com aquilo que se assume, nos propomos a assumir um papel de liderança.¹³³

Nessa perspectiva, a Pastoral da Promoção da Saúde em Florianópolis criou, em 1971, uma estrutura de trabalho que tinha como meta colocar uma pessoa ligada à Pastoral em cada hospital, para que fizessem a conexão com os responsáveis pelas comarcas¹³⁴ e pela arquidiocese. Tencionavam fazer a conexão entre a Igreja Católica e os organismos de saúde através da Pastoral.

¹³³ Idem.

¹³⁴ Cada comarca corresponde a aproximadamente um município ou um conjunto de bairros vizinhos à arquidiocese.

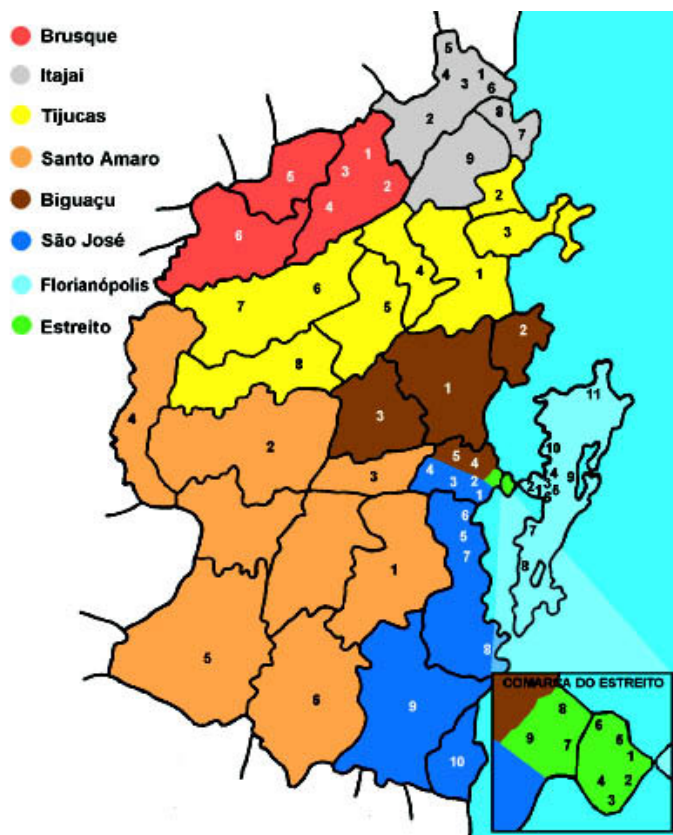


Ilustração 2 - Mapa que divide a arquidiocese de Florianópolis em comarcas

Em 1973, a Pastoral da Promoção da Saúde desenvolvia atividades nos hospitais da arquidiocese de Florianópolis – Hospital Celso Ramos, Hospital São Sebastião, Maternidade Carlos Correa, Hospital da Polícia Militar, Hospital Nereu Ramos, Hospital de Caridade, Hospital São Francisco de Assis (em Santo Amaro da Imperatriz), Colônia Sant’Ana, Hospital São José (em Tijucas) e Hospital de Azambuja. É importante ressaltar que grande parte desses hospitais ainda eram administrados por congregações religiosas, sendo que seis deles eram administrados pela congregação das Irmãs da Divina Providência de Florianópolis. Em 1974, a Pastoral da Promoção da Saúde já estava articulada em 43 paróquias e 28 hospitais, além de postos de saúde e ambulatórios.

Em 1975, o grupo da Pastoral da Promoção da Saúde da arquidiocese de Florianópolis era coordenado pelo padre Tomé Kerbes, pelo médico Eduardo

Cordeiro, pela enfermeira Elisabeth Lengert, pela fisioterapeuta Odete Bizzotto e pela farmacêutica e bioquímica Delcy Heck. Além de profissionais da saúde, as três últimas eram também religiosas, oriundas da Divina Providência. Além dos coordenadores da arquidiocese, existiam coordenadores em cada comarca.

A comarca do Estreito (bairro da região continental de Florianópolis) foi coordenada a partir de 1975 pelo doutor Mário Kormann, médico-chefe do posto de saúde do Estreito e médico do Hospital da Polícia Militar e do INPS. (no ano anterior o coordenador era o farmacêutico e bioquímico José Silvano Pinheiro, professor da Universidade Federal de Santa Catarina, do Colégio Coração de Jesus, e chefe do posto de saúde de Barreiros (bairro do município de São José, região metropolitana de Florianópolis).

A comarca da Ilha era coordenada pelo padre Tomé Kerbes, que neste mesmo ano constituiu uma equipe composta pelo Doutor Luis Vicenzi, médico ortopedista de hospitais do município de Florianópolis e pela Enfermeira Doraci, funcionária do Hospital Celso Ramos.

A comarca de Santo Amaro, município da região metropolitana de Florianópolis, havia sido criada recentemente e era coordenada pelo médico Nádio Mascarenhas, diretor do Hospital São Francisco de Assis.

Observa-se que o espaço de atuação da Pastoral que começava a se estruturar em Florianópolis visava os doentes, predominantemente nos hospitais. As pessoas à frente dos trabalhos estavam ligadas à hierarquia da Igreja Católica ou eram pessoas que possuíam títulos acadêmicos e ocupavam cargos de liderança na área da saúde – portadoras de capital simbólico dos campos da medicina e da religião, especialistas desses campos e legitimadas nessas áreas por seus títulos. As pessoas que ocupavam cargos de liderança, como diretores de hospitais e postos de saúde eram importantes articuladores para a Pastoral, pois, a partir deles, esta tinha caminho livre de entrada nas instituições.

No início dos anos 1970, as pessoas entendiam que o objetivo da Pastoral da Promoção da Saúde era

cultivar a saúde integral para dinamizar o homem. É um despertar constante para a auto libertação, visando a integração pessoal, grupal e social. Sempre deve acontecer isto: levar a pessoa a se libertar e se integrar. *É cuidar do doente* como um todo. Isto através da prevenção, recuperação e na preparação das pessoas prestadias. *Seria fazer acontecer o reino neste setor. Primeiro em mim, segundo no funcionário e daí levar este Reino ao doente e a família.*¹³⁵ (grifo nosso)

São muito significativos os temas dos encontros dos que estavam ligados a tais atividades: *Os sacramentos na vida hospitalar*¹³⁶, *Explicitação do novo Ritual da Unção dos Enfermos*¹³⁷, *Vida litúrgica nos hospitais*¹³⁸, *O que a família espera do hospital e de seus funcionários.*¹³⁹ Além disso, havia também os temas voltados à evangelização e à interligação entre Igreja e instituições de saúde: “anunciar o *reino de Deus*, favorecendo a *comunhão* com os irmãos e com Deus, nas unidades de saúde, levando a esperança cristã ao ambiente *enfermo*”.¹⁴⁰

Observa-se, pela estrutura administrativa que criou por sua definição como grupo em seus relatórios, que a atenção da Pastoral da Saúde concentrava-se nas ações que envolviam em primeiro lugar as instituições de saúde e sua relação com o indivíduo doente. Embora a preocupação com a manutenção da saúde apareça de maneira tímida, as ações não visavam as pessoas sadias que pudessem adquirir alguma doença, mas se dirigiam a quem já estava doente e alojado em uma instituição de saúde. Aí deveria entrar em cena o agente de pastoral: levando conforto para as famílias e indivíduos doentes a partir dos preceitos da Igreja Católica. Havia também a preocupação com os profissionais que atendiam os doentes. Nesse sentido, expressões como *humanização de hospitais* e *evangelização* traduziam o que deveria guiar a atuação do grupo.

É importante ressaltar que esta pastoral em Santa Catarina surgiu das preocupações de religiosas enfermeiras com grande experiência dentro das instituições de saúde em todo o Brasil, como enfermeiras, voluntárias ou na

¹³⁵ Relatório do I Encontro Regional da Pastoral da Saúde Realizado em 31 de maio de 1975, pelas CNBB e CRB de Santa Catarina.

¹³⁶ Tema do Encontro Arquidiocesano de Pastoral da Saúde em 28/04/1973.

¹³⁷ Encontro de Capelão da Pastoral da Saúde de 10/09/1973

¹³⁸ Um dos temas de discussão da reunião da Pastoral da Saúde em 06/10/1973.

¹³⁹ Palestra ministrada no Encontro Arquidiocesano de Pastoral da Saúde, em 08/06/1974.

¹⁴⁰ Meta da Pastoral da Saúde no ano de 1976. In: Revista Pastoral de Conjunto. Florianópolis: Arquidiocese de Florianópolis. Jan/1976 (grifos nossos).

administração de hospitais. Posteriormente, o grupo institucionalizou-se, com o estímulo da CRB, com a denominação de *Pastoral da Saúde*.

A Pastoral da Saúde adquiriu uma característica peculiar em meio às outras pastorais da Igreja Católica: o projeto Pastoral de Conjunto da Igreja Católica do Brasil estimulava e visava à participação de leigos nas atividades da Igreja, de acordo com os preceitos do Concílio Vaticano II – segundo os quais a Igreja era entendida como toda a comunidade de cristãos, sendo eles parte da hierarquia ou não.

No entanto, no primeiro momento de sua existência, a Pastoral da Saúde foi composta majoritariamente por religiosas de diversas congregações envolvidas com os organismos de saúde. Elas tinham a preocupação de levar a evangelização e a sacramentalização aos doentes leigos. Para tanto, articularam a conexão com as instituições de saúde, através da Pastoral da Promoção da Saúde, que se articulou no final dos anos 1960 e se definiu mais nitidamente a partir dos anos 1970.

Foi nesse contexto que se elaborou o *Caderno de Estudos* nº 9 da CNBB, dedicado à Pastoral da Saúde. É o único documento oficial da Igreja do Brasil publicado a esse respeito, ou seja, o documento que deveria servir de subsídio e nortear as ações desse setor da Igreja, até a atualidade, por ser sua única publicação. Ele representa, para esta análise, a visão oficial da Igreja sobre a importância e a ação do grupo, por ter sido um documento cuja aprovação eclesiástica se fez necessária para sua posterior publicação.

2.1 - A IGREJA NO HOSPITAL

O objetivo principal deste subcapítulo é a análise do *Caderno de Estudos* nº 9 da CNBB, dedicado à Pastoral da Saúde. Há que se levar em conta que qualquer instituição social – e a Igreja é uma delas – está inserida em um universo simbólico que a envolve e constitui suas ações e seus discursos. As referências simbólicas

tanto indicam aos indivíduos que vivem na mesma sociedade, quanto definem as formas de se relacionar com essa sociedade, suas divisões e instituições. Assim, o imaginário social se configura, no controle da vida coletiva e no exercício da autoridade e do poder, podendo, ao mesmo tempo, tornar-se o lugar e o objeto dos conflitos sociais.¹⁴¹ Compreender o momento e a motivação das construções de discursos que sustentam determinado imaginário é a intenção da análise do *Caderno de Estudos*.

Em julho de 1976, foi publicado na *Revista Pastoral de Conjunto*:

Irmã Delcy Heck, Coordenadora Arquidiocesana da Pastoral da Saúde, expediu circular convidando os interessados para uma assembléia no próximo dia 28 de agosto. O escopo principal do conclave será o estudo do Documento n.º 9 da CNBB - Pastoral da Saúde. Diz a circular-convite: "Este encontro será um esforço de *caminhar juntos*, numa Pastoral da Saúde. Estudando este documento, lançado recentemente pela CNBB, podemos encontrar pistas e linhas para a nossa atuação pastoral, tornando nosso trabalho junto ao doente um autêntico *caminhar juntos*."¹⁴² (grifo nosso)

O documento citado fora publicado pela CNBB nacional, resultado de um encontro da Pastoral da Saúde realizado entre os dias 27 e 30 de junho de 1975. Na apresentação do documento, é possível encontrar o interesse principal de sua elaboração e veiculação:

Por parte da Comissão Nacional de Liturgia, havia o interesse especial de refletir sobre o *Sacramento da Unção dos Enfermos e sua Pastoral*, por ocasião da publicação em português do novo Rito. Por parte do Setor de Pastoral Especial da Linha de Evangelização, havia o interesse por este imenso campo de atividade pastoral.¹⁴³ (grifo nosso)

¹⁴¹ BACZKO, op. cit., p. 309-10.

¹⁴² Relatório da Assembléia da Pastoral da Saúde, In: *Revista Pastoral de Conjunto*. Florianópolis: Arquidiocese de Florianópolis. Julho/1976.

¹⁴³ CNBB. *Caderno de Estudos da CNBB n.º 9 - Pastoral da Saúde*. São Paulo: Paulinas, 1979. p. 5 (grifo nosso).

Essas foram as linhas que nortearam, portanto, todo o documento: o sacramento da unção dos enfermos e a evangelização através da atuação da Pastoral da Saúde. É possível perceber o que a Igreja pretendia, oficialmente, para a Pastoral da Saúde: que fosse uma Pastoral da Unção dos Enfermos, com atuação sacramental e de evangelização.

Comprometida por tantos títulos com a luta pelos direitos do homem, feito à imagem de Deus, a Igreja não pode esquecer o importante direito à saúde. Chamada a anunciar sempre a Boa-Nova, a Igreja considera seu dever "evangelizar" uma situação especial na vida do homem: o confronto com a dor e a morte.¹⁴⁴

Nessa concepção, a doença era propícia à evangelização, pois tratar-se-ia de um momento em que o indivíduo estaria fraco física e psicologicamente: "no cristão suficientemente educado na fé, a doença é apta a acender a chama da esperança".¹⁴⁵

A visão da doença como castigo ou vontade divina é constantemente combatida no documento, sendo difundida a idéia de que o indivíduo deve lutar contra a situação de doença, mais que contra a ausência de equilíbrio biológico e psíquico na sua integração com a sociedade. Concebia-se doença como o contrário da saúde – entendida como "estado de completo bem-estar físico, mental e social", concepção difundida pela Organização Mundial de Saúde.¹⁴⁶

Assim, o sacramento de unção dos enfermos poderia ser um novo meio de evangelização e o momento de demonstrar que a vontade divina não se manifestaria na doença ou na morte, mas que essas podem ser resultado de desequilíbrio nas diversas instâncias da vida. A idéia era endossada por passagens bíblicas como a de João capítulo 10, versículo 10: "vim para que todos tenham vida, e em abundância".

¹⁴⁴ Ibidem, p. 7.

¹⁴⁵ Ibidem, p. 20.

¹⁴⁶ Ibidem, p.17.

Passagens sobre Jesus Cristo, curando diversas pessoas doentes ao longo de sua trajetória eram também tomadas como exemplo para os agentes da Pastoral. Mesmo que não fosse visto como função primordial do sacramento levado aos doentes, a cura física não era totalmente excluída:

A Unção dos Enfermos suscitou muitas vezes a questão da possibilidade da cura do doente. Pode um sacramento ter como finalidade a cura física? Na tradição da Igreja que, numa visão teológica, considera a humanidade como enferma e a Cristo como médico, o termo “cura” abrange a totalidade da salvação. Se não se reduz à cura física, tampouco a exclui.¹⁴⁷

Uma vez mais os campos da medicina e da religião são miscíveis. Curar a alma e curar os corpos, dois objetivos que poderiam ser alcançados conjuntamente se traduziam num objetivo único. Nesse sentido, Cristo seria o médico de uma humanidade enferma, tanto física quanto espiritualmente. Numa hierarquia dos dois campos, Jesus estaria acima dos médicos e também dos sacerdotes, ou seja, seria dos maiores especialistas dos dois campos.

É importante ressaltar a necessidade de legitimidade para a atuação dentro destes campos, ou seja, religião e medicina poderiam estar relacionados desde que os bens simbólicos de ambos os campos estivessem em posse de seus legítimos especialistas: no campo da religião, os integrantes da Igreja Católica, e no campo da medicina, os especialistas do sistema biomédico oficializado no Brasil, respeitando-se as devidas hierarquias de ambos. O documento se posiciona, assim, contra a dessacralização, o secularismo e a manipulação pagã do sagrado, considerando-se pagão tudo que estivesse fora do âmbito da Igreja Católica:

Devemos, por um lado, evitar o perigo de privilegiar estes sinais da intervenção de Deus, esquecendo os outros sinais da salvação no engajamento dos cristãos em favor dos irmãos marginalizados, nas obras de misericórdia corporal e espiritual;

¹⁴⁷ Ibidem, p.30.

devemos, no nosso contexto cultural, estar atentos à tentação da “magia” e da manipulação pagã do sagrado. Mas, por outro lado, devemos evitar o perigo dum secularismo ou dessacralização, que exclua de antemão a possibilidade duma intervenção de Deus, ou que impeça uma leitura teológica do acontecimento da cura como sinal da presença salvífica de Deus, para não admitir senão explicações racionais.¹⁴⁸

Tais visões de saúde e doença integradas, ao interesse de evangelização, influenciariam a ação dos membros da Pastoral da Saúde diretamente, sendo que as orientações dessa ação encontram-se no *Caderno de Estudos* nº. 9. Os espaços de atuação da Pastoral seriam hospitais e domicílios, denotando que o indivíduo doente e todos que o cercavam deveriam ser o alvo da atenção pastoral; mesmo dedicando certa atenção aos doentes em sua moradia, o objetivo primeiro ainda não era promover a saúde, que viria a sê-lo alguns anos depois. Sendo assim, uma das únicas indicações da chamada medicina preventiva aparece em um único parágrafo do texto:

Um dos maiores serviços que a Pastoral da Saúde pode prestar à nossa população é reduzir os casos de doenças, mediante uma oportuna *medicina preventiva*. Esta incluirá necessariamente, ao lado de indicações quanto ao alimento, vestuário, habitação, hábitos de higiene, a indispensável preocupação com o tipo de vida possível, dentro de certos condicionamentos de ordem econômica, na faixa e, quantas vezes, abaixo do salário mínimo. Certas indicações de educação sanitária, de hábitos de higiene, podem soar como irrealis e até irônicos, se desligados de uma efetiva preocupação com a situação concreta em que vivem muitos homens.¹⁴⁹ (grifos no original)

Mesmo dedicando certa atenção a visitas domiciliares por parte do agente pastoral, estas estavam direcionadas a casas de pessoas doentes, objetivando "animação do doente e sua família", "amizade e diálogo fraterno", "preparação e

¹⁴⁸ Ibidem, p.31.

¹⁴⁹ Ibidem, p. 39.

atendimento espiritual" e finalmente a "celebração dos sacramentos".¹⁵⁰ Ou seja, as mesmas atividades desenvolvidas nos hospitais.

Observa-se, portanto, na leitura do documento, que a Igreja apresenta uma visão que muito interessa para o estudo das ciências sociais em saúde: a de que o doente ocupa um lugar especial na sociedade. Tal visão é também demonstrada nos estudos de Philippe Adam e Claudine Herzlich, quando afirmam que o diagnóstico de doença interfere diretamente na identidade do indivíduo e determina um lugar específico a ele na sociedade.¹⁵¹ Para a Igreja o lugar social do doente seria o da marginalidade naquele momento. Assim, com o argumento de dar atenção ao marginalizado onde ele estivesse, foram traçados os planos de ação da Pastoral da Saúde – mesmo que o marginalizado ainda não fosse especificamente o indivíduo pobre.

Outras preocupações, outras críticas e outras concepções de saúde se depreendem do texto do *Caderno de Estudos*. Quando se dedica ao papel do cristão – seja ele o doente ou os profissionais de saúde – e encoraja as atividades da Pastoral da Saúde nos hospitais, utiliza sempre como argumento de legitimação de seu papel, o fato de ter sido a Igreja Católica responsável, por muito tempo, pela construção e manutenção de asilos e hospitais.

No Brasil, as instituições de saúde foram responsabilidade da Igreja até a proclamação da República, quando passaram a ser alvo da preocupação do Estado. A Igreja perdeu um espaço na sociedade, o qual buscava recuperar¹⁵²:

Agora que a sociedade civil tem plena consciência de sua responsabilidade neste setor e que a ciência e a técnica progrediram de tal maneira que podem apresentar-se com segurança em sua atuação na área da saúde, a Igreja não abandona a sua missão em favor da sociedade universal, mas, dentro do contexto atual, continua a repetir aos homens as altas razões da solidariedade humana e a preparar os seus filhos para a maior eficiência na prestação de serviços aos seus semelhantes.¹⁵³

¹⁵⁰ Ibidem, p. 42.

¹⁵¹ ADAM, Philippe & HERZLICH, Claudine. *Sociologia da doença e da medicina*. São Paulo: EDUSC, 2001. p. 12.

¹⁵² AZZI, Riolando. A teologia no Brasil: considerações históricas. In. CEHILA. *História da Teologia na América Latina*. São Paulo: Paulinas, 1981. p. 35.

¹⁵³ CNBB, op. cit., p. 8.

Embora o teólogo Riolando Azzi, delimite um período temporal de 1920 a 1960, que denomina *restauração católica* (no qual a Igreja tenta recuperar o espaço que perdeu com a secularização do Estado), percebe-se que a orientação teológica no momento em que foi escrito o *Caderno* ainda era bastante influenciada pela Teologia da Neocristandade, pela qual a Igreja se considera uma força espiritual pairando sobre o Estado, com a nítida intenção de tornar o Brasil católico novamente.¹⁵⁴

Dentro da perspectiva de evangelização e utilizando-se do argumento de que possuía grande experiência na área da saúde, o documento da CNBB apresenta algumas críticas às condições de saúde no Brasil:

Grandes centros hospitalares, onde a preocupação científica e de formação profissional traz consigo o risco de se considerar o doente como simples objeto de estudo. Contrastando com a longa fila dos que esperam internação, constata-se um baixo índice de ocupação dos leitos nos grandes hospitais, mormente nos fins de semana e feriados.

Hospitais e casas de saúde que têm, como fonte de captação de recursos, a remuneração dos serviços prestados, acarretando o risco da comercialização, com todas as suas seqüelas, especialmente graves quando se trata de pessoas já marcadas pelo próprio infortúnio da doença.

Hospitais muito grandes, grande concentração de serviços os mais variados, levando a um atendimento despersonalizado.¹⁵⁵

Para a Igreja, não existia outra possibilidade da cura das doenças, se não através do sistema biomédico e dentro das instituições hospitalares. As críticas presentes no documento estão muito próximas daquelas que as medicinas alternativas dirigiam à biomedicina¹⁵⁶, mas a solução apontada era a mudança do tratamento dos doentes através da ética cristã.

¹⁵⁴ AZZI, op. cit., p. 36.

¹⁵⁵ CNBB, op. cit., p. 11-2.

¹⁵⁶ Para as críticas à biomedicina, ou medicina científica, e propostas de práticas médicas alternativas a esse sistema, ver: LUZ, *A arte de curar...*, op. cit., e LUZ, ..., op. cit. e LAPLANTINE, François & RABEYRON, Paul-Louis. *Medicinas paralelas*. São Paulo: Brasiliense, 1989.

Entre os problemas destacados sobre a saúde no Brasil, encontram-se o curandeirismo e a prática ilegal da medicina, demonstrando assim, que embora a Igreja critique o sistema hospitalar vigente, se coloca ao lado da medicina oficial no Brasil. Assim sendo, as práticas ditas *culturais* são vistas como atrasadas, podendo por esse motivo atrapalhar a ação da medicina. Por trás do argumento, pode-se pensar na preocupação de que algumas dessas práticas adviessem de outras religiões que não a católica:

Condicionamentos culturais: muitos se situam num estágio pré-técnico, dando lugar a práticas rudimentares, que, se de um lado contém intuições e dados de experiências vividas ao longo dos tempos, de outro lado impedem ou retardam muitas vezes o recurso devido aos meios já conquistados pela medicina. O curandeirismo e a prática ilegal da medicina são índices de problemas mais amplos e profundos do que o simples desrespeito a estatutos legais.¹⁵⁷

Por fim, há críticas quanto a desigualdades sociais e a forma como estão relacionadas às más condições de vida e saúde da população. No entanto, observamos que a principal preocupação do documento não foi a proposição de ações que amenizassem os problemas citados, como apareciam anos mais tarde em outros documentos da Pastoral da Saúde: “pode-se mesmo falar em doenças das áreas desenvolvidas e doenças das áreas subdesenvolvidas, em doenças de ricos e doenças de pobres. Num hospital, em que há pacientes particulares, clientes do INPS, do Funrural e não-pagantes, o tratamento não é o mesmo para todos.”¹⁵⁸

É possível concluir também, na leitura do *Caderno de Estudos*, que Pastoral da Saúde era sinônimo de *atendimento dos enfermos*, *Pastoral dos Hospitais* e *Pastoral dos Enfermos*:

¹⁵⁷ CNBB, op. cit., p. 10.

¹⁵⁸ Ibidem, p. 9.

"Atendimento dos enfermos", "Pastoral dos hospitais", "Pastoral dos Enfermos" são expressões usadas e que se têm encaminhado para "Pastoral da Saúde", precisamente para englobar todos os aspectos da ação da Igreja, que atinge o homem, não apenas na pessoa do doente, mas na de todos os que o atendem (médicos, enfermeiros, atendentes, administradores, dietistas, nutricionistas e outros), bem como as estruturas em que o enfermo se encontra: antes e durante a doença, na sua superior reintegração à vida de cada dia, como também na eventualidade, tão presente, da morte, que se procura integrar numa visão de Páscoa.¹⁵⁹

Anos depois as ações da Pastoral da Saúde diversificaram-se, como já exposto no capítulo primeiro, e ela passou a ser vista como promotora de atividades preventivas na área da saúde. Assim, as ações nos hospitais passaram a ser designadas a partir de então à chamada de *Pastoral dos Enfermos*, enquanto à chamada de *Pastoral da Saúde* foram atribuídos os trabalhos de medicina preventiva junto às comunidades. Mais que uma simples mudança de nomes e atividades, passar a chamar a pastoral dos hospitais de *Pastorais dos Enfermos*, traz a conotação de que estas atividades ainda não eram realizadas com o objetivo de promover a saúde, o que deveria, no entendimento da pastoral dos anos 1980, ser o objetivo principal.

Assim, além da mudança de nomes, assistiu-se à mudança de prioridades nas atividades pastorais e à polarização dos envolvidos em dois blocos distintos de atividades: os envolvidos com as instituições hospitalares e a Igreja oficial e os que se envolveram com práticas alternativas de saúde e acreditaram numa Igreja ligada às bases populares.

¹⁵⁹ Ibidem, p. 8.

2.2 – 1978: O ANO DA VIRADA

O ano de 1978 é entendido nesta pesquisa como o ano da “virada”, ou seja, de mudanças conceituais fundamentais envolvendo a Pastoral da Saúde em Florianópolis. Foram elas: do institucional ao comunitário, do centro às periferias, dos especialistas aos leigos, da medicina oficial às práticas alternativas de saúde, da doença à saúde.

Dentro dessa perspectiva, foi noticiado pela revista *Pastoral de Conjunto*, de maio de 1978:

Irmã Elena Campos, representando o Grupo de Trabalho da Pastoral da Saúde da CRB/Regional Sul IV, veio falar da importância da Pastoral da Saúde nas paróquias. O que tem sido a Pastoral da Saúde, o que é e o que se espera que seja. Na Pastoral da Saúde os esforços tem sido isolados e por isso com poucos resultados. Agora, diante da falta de recursos, “a fome é a maior doença” ganham pouco e não têm orientação de como usar este pouco. O mau desenvolvimento cerebral pela má nutrição... remédio sem alimentação... sofisticação dos hospitais... hospitais e médicos nos grandes centros ... INPS: consultas falhas e sintomáticas... os preços dos remédios... doenças causadas por transtornos sociais, psicológicos para os quais buscam a cura nas formas de espiritismo... hospitais perdendo seu sentido cristão, não prevenindo doenças preferindo esperar doentes.¹⁶⁰

Ao lado de preocupações já existentes, como o sentido cristão que os hospitais estariam perdendo e a busca de cura fora do sistema formal, havia outros focos de observação que se intensificaram e nortearam o trabalho da Pastoral da Saúde nos anos 1980: a falta de recursos financeiros e materiais, as desigualdades sociais como causas de doenças, a crítica à sofisticação da medicina e ao uso exacerbado de medicamentos industrializados, por exemplo.

¹⁶⁰ Relatório da Reunião Geral do Clero, In: Revista Pastoral de Conjunto. Florianópolis: Arquidiocese de Florianópolis. Maio/1978.

Em 1979, já é bem clara em Florianópolis a linha divisória entre dois aspectos de um mesmo grupo:

Pastoral da Saúde é ensinar a importância que há na saúde. A Pastoral da Saúde cultiva a vida, para que ela renda o máximo em qualidade e quantidade.

Pastoral do Doente é viver a caridade cristã com o doente, atendendo suas necessidades físicas, psíquicas e espirituais. A doença pode gerar conflito de ordem religiosa, sendo que uma das prioridades de Cristo foi a dos doentes. Para desenvolver essas atividades devemos ter consciência que todo o enfermo está em crise. Através da compreensão, dedicação e bondade é que conquistamos a confiança do paciente.¹⁶¹

A atuação nos hospitais, principalmente por parte das religiosas e de uma ala progressista da pastoral da saúde, passou a ser vista como ação vinculada aos interesses de uma classe dominante, a única a ter acesso à medicina especializada, enquanto a maior parte da população não tinha condições básicas de saúde. Para essa ala da Pastoral da Saúde, continuar a se preocupar somente com os doentes dentro de instituições não era seguir o exemplo de Cristo, que teria dado atenção especial aos pobres no sentido material. Nesse sentido, os discursos do Concílio Vaticano II e da Conferência de Medellín foram utilizados para legitimar a nova atuação pastoral:

Todos sabemos que a Igreja, a partir do Concílio Vaticano II e, para a América Latina, a partir de Medellín, procurou desvincular-se dos poderes dominantes e colocar-se a serviço dos pobres e marginalizados. No campo da saúde – onde atuam grande parte dos religiosos – essa opção não caminhou tão rapidamente como em outros setores. Talvez o peso de um certo tipo de formação e o lastro de inúmeras obras, como hospitais, asilos, escola de formação de profissionais, etc. retardaram essa caminhada, agravada por dificuldades financeiras, excessiva dependência de estruturas governamentais e de um sistema de atendimento à saúde calcado em modelos provenientes de países desenvolvidos e capitalistas em que privilegia mais a doença que a saúde. Talvez seja este o ponto mais crítico, mas ao mesmo tempo mais decisivo, para uma tomada de posição por parte da Igreja, principalmente dos

¹⁶¹ Síntese do Curso de Pastoral da Saúde realizado nos dias 28, 29 e 30 de junho, no Instituto São José, em Barreiros. In: Revista *Pastoral de Conjunto*, Florianópolis: Arquidiocese de Florianópolis. jul/1979.

religiosos que atuam na área da saúde. Não podemos desprezar formas tradicionais de atendimento aos doentes, mas não podemos mais ater-nos exclusivamente a elas, pois são insuficientes para resolver os nossos problemas de saúde. Requer-se a busca de caminhos novos que complementem os antigos.¹⁶²

As idéias predominantes, a partir de então, foi a de que as ações curativas não poderiam ser privilegiadas em detrimento das preventivas e que a Igreja deveria fazer uma opção que levaria a um posicionamento de classe:

A atuação da pastoral deve ser conjunta e não dividida em setores estanques. Deve-se incidir não só sobre os efeitos, mas visar as causas estruturais da doença. A ação na saúde deve levar à mudança da estrutura social que divide a sociedade em classes. Deve levar à libertação do oprimido, mediante a conscientização e a ação, tendo como meta a comunhão e participação, tendo em vista a missão. Isso implica em que o povo seja agente de sua própria história, transformando-a para a conquista da saúde.¹⁶³

A década de 1980 em Florianópolis foi o momento em que a Pastoral da Saúde teve prioridade, propugnando que era o grupo que se preocupava verdadeiramente com a saúde, não com a doença. Era a Pastoral que se preocupava com o indivíduo pobre, entendido como o preferido de Jesus Cristo, de acordo com o discurso legitimador da Teologia da Libertação.

Tais ideais fizeram com que as ações no período transcendessem os limites das instituições religiosa e de saúde, fazendo com que o grupo se envolvesse em questões políticas mais explícitas, como com os movimentos sociais da época.

¹⁶² MUNARO, Pe. Júlio. *Puebla, Saúde e Vida Religiosa*. Texto apresentado e discutido no Terceiro Seminário Nacional de Saúde, organizado pela CRB, entre os dias 17 e 21 de outubro de 1980. (mimeografado)

¹⁶³ Idem.

CAPÍTULO 3

“VIDA EM ABUNDÂNCIA” E “SAÚDE PARA TODOS”: IGREJA E MOVIMENTOS SOCIAIS PELA SAÚDE NA DÉCADA DE 1980

A década de 1980 foi um período muito significativo para a história da Igreja Católica do Brasil por conta da Teologia da Libertação e da influência do discurso legitimador da Conferência Episcopal Latino-americana de Puebla (1979) que reafirmou uma *opção preferencial pelos pobres* feita pelos bispos de Medellín (1968), possibilitando que surgissem, a partir da matriz teórica daquela teologia, diversos movimentos populares que contribuíram consideravelmente no momento de redemocratização e abertura política pelo qual passava o Brasil.

3.1 – O MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA E A PASTORAL DA SAÚDE

Aprofundar e dar continuidade ao trabalho de saúde comunitária e confrontar a atuação da Pastoral da Saúde com as exigências do evangelho e da Conferência de Puebla: esses dois objetivos direcionaram o II Encontro Regional de Pastoral da Saúde, organizado pela CRB de Santa Catarina, em 1979.¹⁶⁴

¹⁶⁴ Relatório do II Encontro Regional de Pastoral da Saúde, organizado pela CRB Santa Catarina e realizado entre os dias 20 e 22 de agosto de 1979, no Morro das Pedras, Florianópolis, Santa Catarina.

Aliado às “exigências do evangelho e às exigências de Puebla”, ou seja, à opção pelos pobres estimulada a partir da Teologia da Libertação, as idéias da conferência de Alma-Ata assumidas pela Pastoral da Saúde incentivaram as ações em saúde comunitária e a formação de agentes de saúde. Pautados nestas propostas discursivas, os envolvidos com a religião passaram a não se preocupar somente com a salvação do espírito após a morte, mas com a luta contra as injustiças sociais no presente.

Os palestrantes do II Encontro Regional de Pastoral da Saúde foram Marco Aurélio Da Ros e Nelson Blank, médicos especializados em saúde da comunidade e saúde pública e Lúcio Botelho, médico especializado em saúde pública, que fizeram uma análise crítica dos medicamentos. Ao lado desses, o padre Lédio Milani, na ocasião coordenador diocesano de pastoral da diocese de Caçador, que palestrou sobre Puebla e saúde da comunidade. Percebe-se, portanto, a intenção em unir os dois temas, o da igreja popular e o da saúde para as comunidades mais carentes, através da união dos especialistas dos diferentes campos.

No ano seguinte, no III Encontro Regional de Saúde, realizado em Chapecó entre 22 e 24 de agosto, os médicos Marco Aurélio Da Ros e Lúcio Botelho estiveram novamente presentes, assim como em outros encontros no mesmo ano e nos dois anos seguintes, segundo consta nos relatórios e cartas-convite das assembléias e encontros sobre saúde realizados pela CRB.

A união entre os médicos e religiosos do GTS (Grupo de Trabalho da Saúde) da CRB foi muito além e teve um significado maior do que as palestras proferidas por eles nos encontros. Além da sobreposição entre os campos da medicina e da religião, constatou-se ainda a integração da Pastoral da Saúde no Movimento de Reforma Sanitária em Santa Catarina a partir de 1979, portanto, sua caracterização enquanto movimento social pela saúde.

Marco Aurélio Da Ros e Lúcio Botelho, além de médicos especialistas em saúde pública e professores da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), foram também integrantes do CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde. O CEBES era composto por antigos militantes da UNE (União Nacional dos Estudantes) que haviam se tornado profissionais e professores universitários;

participavam de um movimento que abrangia todo o país e editava uma revista nacional chamada *Saúde em Debate*, publicada até os dias atuais.¹⁶⁵

O CEBES surgiu em julho de 1976, por iniciativa de um grupo de médicos do curso de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.¹⁶⁶ Em Santa Catarina, o movimento organizou-se em 1978, com participantes oriundos da academia (UFSC), do CEBES de Porto Alegre e do movimento estudantil catarinense¹⁶⁷. O professor Marco Aurélio Da Ros, presidente do CEBES de Porto Alegre, coordenou a articulação do CEBES de Santa Catarina, no qual permaneceu como presidente de 1978 a 1983.¹⁶⁸ Lúcio Botelho, por sua vez, teve participação no CEBES até julho de 1979.¹⁶⁹

A aproximação entre CEBES e Pastoral da Saúde estabeleceu-se desde a criação daquele movimento em Santa Catarina, com a presença de seus representantes nos encontros da Pastoral da Saúde e parcerias na produção de materiais de formação de agentes de saúde, por exemplo. Tal como enfatizou o médico Marco Aurélio Da Ros:

O certo é que, caracterizando a forma de atuação na região sul, buscou aliança com setores populares desde o seu primeiro momento, tanto na definição das discussões temáticas, onde se ligou a entidades preservacionistas na discussão do problema do abastecimento de água de Florianópolis, quanto em aproximações efetivas de trabalhos conjuntos. Dentre suas ligações mais profícuas, uma delas foi com a Igreja (Pastoral da Saúde), com a qual, além de fazer chegar a linguagem de medicina social para a população de várias cidades de Santa Catarina, publicou cadernos de educação popular, a nível de 10000 (dez mil) cópias, para distribuição e reflexão nas CEBs (Comunidades Eclesiais de Base) de todo o interior do estado.¹⁷⁰

¹⁶⁵ DA ROS, M. A. Políticas públicas de saúde no Brasil. In.: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A. ESTEVÃO, A.; DA ROS, M. A. (orgs.). *A saúde em debate na educação física*. v 2. Blumenau: Nova Letra, 2006. p. 54.

¹⁶⁶ ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In.: LIMA, N. T. (org.) *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 67.

¹⁶⁷ DA ROS, M. A. *Pequena história do movimento sanitário em Santa Catarina*. Mimeografado. Sem data. p. 27.

¹⁶⁸ Idem.

¹⁶⁹ BOTELHO, L. Depoimento, junho de 2006. Florianópolis, SC. Entrevistado por Marilane Machado. Acervo da pesquisadora.

¹⁷⁰ DA ROS, *Pequena história...*, op. cit.

Foi possível o trabalho dos dois movimentos em conjunto, numa proposta mais abrangente, entendida como um movimento *contra-hegemônico*: “esse movimento com saúde desta forma, obviamente aproximava as pessoas. Porque nós fazíamos um movimento contra-hegemônico. E a contra-hegemonia se juntava. Foi assim que a gente se aproximou da Pastoral.”¹⁷¹

A “contra-hegemonia” citada por Lúcio Botelho deu origem ao *Movimento pela Reforma Sanitária*, ou simplesmente *Movimento Sanitário*, do qual faziam parte os publicistas do INAMPS (com defesa do retorno de investimentos ao setor público, para a construção de hospitais próprios, como ocorria antes do golpe militar de 1964); os preventivistas (defendiam o retorno de investimentos em práticas preventivas); a Pastoral da Saúde (defendia trabalhos nas periferias dos grandes centros e do meio rural, com ênfase na utilização de fitoterapia como alternativa aos medicamentos industrializados); o movimento intelectual na área da saúde (que criou o CEBES, formado principalmente por professores universitários); o REME – Movimento de Renovação Médica; o movimento estudantil e os alunos residentes de saúde comunitária (que propunham um modelo de atenção básica qualificado e de base municipal).¹⁷²

O Movimento Sanitário surgiu no ano de 1976, quando os movimentos citados acima se reuniram no I Congresso Brasileiro de Higiene (como era conhecida a saúde pública na época).¹⁷³ Em Santa Catarina, se constituiu junstamente com os movimentos sanitários do Paraná e do Rio Grande do Sul, caracterizados por uma parceria com o movimento popular e com a medicina comunitária, característica que o diferenciava daqueles do restante do país, especialmente o eixo Rio–São Paulo¹⁷⁴, que se caracterizou pelas lutas institucionais e pela articulação com os movimentos oriundos da academia, tais como o CEBES e o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade Paulista de Medicina e na de Ribeirão Preto.¹⁷⁵ Da Ros enfatiza que a base do movimento em Santa Catarina incluía concepções de

¹⁷¹ BOTELHO, L. Depoimento, junho de 2006. Florianópolis (SC). Entrevistado por Marilane Machado. Acervo da pesquisadora.

¹⁷² DA ROS, M. A. Uma visão da reforma curricular a partir do movimento sanitário. In.: PEREIRA, M. J. L.; COELHO, E. B. S.; DA ROS, M. A. (orgs). *Da proposta à ação: currículo integrado do curso de medicina da UFSC*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2005. p. 66-67.

¹⁷³ Idem.

¹⁷⁴ DA ROS, *Pequena história...*, op. cit., p. 12.

¹⁷⁵ ESCOREL, NASCIMENTO, e EDLER, op. cit., p. 63-67.

medicina comunitária e era composto por três ramos mais importantes: o intelectual (Departamento de Saúde Pública e estudantes), o institucional (trabalhadores da Prefeitura Municipal de Florianópolis, Secretaria Estadual de Saúde e INAMPS) e o popular (Comunidades Eclesiais de Base da Igreja Católica¹⁷⁶ e trabalhos de educação popular promovidos pela Pastoral da Saúde). Foi fundamental a articulação da ação pastoral no Movimento Sanitário, que atingia a população das periferias de Florianópolis e do meio rural de Santa Catarina. Da Ros afirmou:

Eu aprendi um monte com o pessoal da Pastoral da Saúde, porque eu tinha uma linguagem, acadêmica de certa forma, uma linguagem de professor universitário, uma linguagem de médico. E aí eu tinha uma combinação com a Cacilda¹⁷⁷. Era a Cacilda, a Beth¹⁷⁸ e a Gorda. Eram as três freiras que eu trabalhava, a Eni também, eram quatro, quatro freiras... Eu trabalhava com elas, e normalmente eu trabalhava mais com a Cacilda do que com a Beth. Com a Gorda eu trabalhava num outro projeto. Aí a Cacilda e a Beth iam comigo, aí a proposta que a gente tinha acordado é que elas seriam platéia. E quando elas achassem que o povo não estava entendendo o que eu estava falando elas interrompiam e pediam pra eu explicar de novo. Era a senha pra eu explicar com um outro linguajar.¹⁷⁹

A Pastoral da Saúde, entendida como a principal articuladora entre as propostas para a saúde do meio acadêmico e a realidade das periferias, foi o movimento responsável pela popularização do Movimento Sanitário em Santa Catarina, assim como integrante deste, passou a ser uma das defensoras das propostas, reivindicações e críticas que o Movimento elaborava.

As principais lutas do Movimento pela Reforma Sanitária visavam a transformação do sistema de saúde no Brasil e as condições de saúde da população brasileira. Faz-se necessário, portanto, compreender em primeiro lugar sua história.

¹⁷⁶ DA ROS, M. A. *Pequena história...*, op. cit., p. 29.

¹⁷⁷ Marco Aurélio Da Ros se refere à Irmã Cacilda Hammes.

¹⁷⁸ Irmã Elisabeth Lengert, religiosa da Fraternidade Esperança.

¹⁷⁹ DA ROS, M. A. Depoimento, junho de 2006. Florianópolis(SC). Entrevistado por Marilane Machado. Acervo da pesquisadora.

3.1.2 – O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Somente a partir da década de 1930, o Estado brasileiro assumiu o sistema de previdência e assistência aos trabalhadores. Anteriormente, esses ficavam ao cargo dos empregados e empregadores, eram de cunho privado. Antes de 1930, existiam as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), que organizavam a previdência e a assistência à saúde dos trabalhadores assalariados. Seus principais objetivos eram a garantia de renda aos idosos e vítimas de acidentes de trabalho, além das ações assistenciais, como a assistência médica e a compra de medicamentos.¹⁸⁰

A partir de 1930, com a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, que tinha como objetivo coordenar a previdência e a assistência aos trabalhadores contribuintes, o Estado assumiu e centralizou a administração do sistema de previdência e assistência; assim, em substituição às CAPs, foram criados gradualmente os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), congregando os trabalhadores por categoria em todo o território nacional.¹⁸¹

Nesse período a assistência médica, ambulatorial e hospitalar era organizada de três formas: através das CAPs e, posteriormente, dos IAPs, que financiavam a prestação de serviços de instituições médicas conveniadas, exclusivamente para os trabalhadores contribuintes. Através dos Centros de Saúde e outras instituições sociais, que se dedicavam geralmente ao atendimento das camadas menos favorecidas da população, concentrando-se nos programas oficiais, como o combate à tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis etc. E ainda, através da iniciativa privada, que prestava assistência com a cobrança de honorários ou de forma caritativa.¹⁸²

¹⁸⁰ KLEBA,. op. cit., p. 153.

¹⁸¹ Até 1940, foram criados seis IAPs: Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (1933); Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (1934); Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (1936); Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Trabalhadores do Transporte e Carga (1938); Instituto de Previdência e Assistência dos Funcionários públicos (1938).

¹⁸² KLEBA, op. cit., p.154.

Durante o governo militar, essa organização modificou-se. Em 1966, cinco dos seis Institutos de Aposentadoria e Pensão foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), subordinado ao Ministério do Trabalho e da Previdência Social até 1974, quando foi organizado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), subordinado ao Ministério da Previdência e Assistência Social.¹⁸³

Várias críticas foram feitas a esse sistema pelos estudiosos do assunto e pelos movimentos sociais. Pelo menos metade da população economicamente ativa da época estava fora do mercado de trabalho formal, portanto, não eram contribuintes da previdência nem tinham acesso a qualquer direito previdenciário, entre eles aos cuidados em saúde.¹⁸⁴

O sistema de saúde estatal esteve assim organizado até o final da década de 1970: dividido entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde.¹⁸⁵ O primeiro era responsável pelos benefícios dos trabalhadores contribuintes (aposentadorias, auxílio maternidade, auxílio doença, auxílio funeral e assistência médica). Integrava uma rede de clínicas, consultórios e hospitais próprios coordenada pelo INAMPS e também financiava serviços de assistência médica através de convênios com a iniciativa privada.¹⁸⁶

O Ministério da Saúde ficava responsável pela coordenação de campanhas ou programas permanentes de prevenção e combate às doenças transmissíveis, saúde materna, puericultura, tratamento de tuberculose, hanseníase, DST e doenças mentais, vigilância e comercialização de alimentos e medicamentos e educação em saúde. “Através de uma rede de centros de saúde, eram oferecidos alguns serviços de assistência médica, que, no entanto, adquiriram o caráter de ‘assistência para os pobres’”.¹⁸⁷

Outras críticas a este sistema, além da falta de acesso por parte dos que não contribuía com a previdência, eram que a maior parte dos serviços financiados

¹⁸³ Neste período os funcionários públicos continuavam a ser assistidos por um instituto próprio e os trabalhadores rurais eram assistidos pelo FUNRURAL, criado no final da década de 1960.

¹⁸⁴ ESCOREL et alii, op. cit., p. 60.

¹⁸⁵ Além dessas, havia outras duas estruturas paralelas de assistência: os institutos para funcionários públicos e os planos de saúde privados.

¹⁸⁶ No início dos anos 1970, 85,5% dos hospitais eram privados e 2300 dos 2800 hospitais privados eram conveniados ao INAMPS.

¹⁸⁷ KLEBA, op. cit., p. 157.

pelo INAMPS eram oferecidos pela assistência privada¹⁸⁸, os serviços prestados eram cobrados com base em uma tabela de preços de acordo com notificações expedidas pelas instituições de saúde, o que propiciava várias manobras enganosas por parte dos profissionais e administradores destes serviços privados, tais como notificações com números maiores de intervenções do que as realmente realizadas, contas fantasma e internações desnecessárias¹⁸⁹:

Na década de 1970, a assistência médica financiada pela Previdência Social conheceu seu período de maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e em volume de recursos arrecadados, além de dispor do maior orçamento de sua história. Entretanto, prestados pelas empresas privadas aos previdenciários, os serviços médicos eram pagos por Unidade de Serviço (US) e essa forma de pagamento tornou-se uma fonte incontrolável de corrupção. A construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados com dinheiro público, mais especificamente com recursos financeiros da Previdência Social, associada ao enfoque da medicina curativa, foi concomitante à grande expansão das faculdades particulares de medicina por todo o país. Os cursos de medicina desconheciam, de um modo geral, a realidade sanitária da população brasileira, pois estavam voltados para a especialização, para a sofisticação tecnológica e para as últimas descobertas das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares.¹⁹⁰

Verificam-se aqui outras críticas do Movimento de Reforma Sanitária ao sistema de saúde estabelecido na época: ele estava voltado para uma medicina especializada, centralizada nos hospitais, desenvolvida a partir dos medicamentos farmacêuticos industrializados e equipamentos hospitalares. Este modelo se contrapunha a uma proposta de saúde preventiva baseada nos cuidados primários em saúde defendida sobretudo após 1978, a partir da Conferência de Alma-Ata. O modelo hegemônico, citado anteriormente no depoimento de Lúcio Botelho, é o modelo de saúde instaurado no país durante o governo militar, era contra este modelo que os movimentos sociais se uniram no período e em consequência, também contra a ditadura militar no Brasil.

¹⁸⁸ Em 1975, correspondiam a um total de 90%.

¹⁸⁹ KLEBA, M. E. op. cit., p. 159-60.

¹⁹⁰ ESCOREL et alii. op. cit., p. 61-62.

Dentro deste contexto, percebe-se através de suas palestras em encontros, o engajamento da Pastoral da Saúde no Movimento Sanitário. No “III Encontro das Irmãs que atuam em hospitais”, realizado no Morro das Pedras, na cidade de Florianópolis, entre 24 e 27 de maio de 1982, Irmã Cacilda Hammes foi responsável por uma palestra intitulada: “Lucro e Saúde”, o relatório nos informa que as principais preocupações das religiosas envolvidas com a saúde naquele momento iam ao encontro das propostas do Movimento Sanitário, pois através do contato com este movimento é que estas propostas chegavam à pastoral naquele momento:

Tendo-se em vista a saúde não se pode visar lucro. Porém, o sistema em que vivemos é capitalista. E muitos profissionais também visam mais o lucro do que a saúde.

Quem pensa em “saúde”?

- 1- Indústria de medicamentos laboratoriais, farmácias, etc.;
- 2- Indústria de equipamento médico-hospitalar;
- 3- As empresas, serviço de saúde do trabalho, que visa aos interesses da empresa e não do funcionário;
- 4- Hospital;
- 5- Medicina de grupo, um grupo de médicos que fazem convênios com a previdência. Existem laboratórios também interessados;
- 6- Profissionais de saúde: médicos, dentistas, enfermeiros...;
- 7- População, povo, sem consciência clara e crítica;
- 8- Estado, Governantes.

Quem quer SAÚDE DE FATO:

- 1- Povo: operários, trabalhador rural, índio, marginalizados;
- 2- Profissionais conscientes e coerentes;
- 3- Igreja (parcela).¹⁹¹

Observa-se que houve uma separação entre os que “pensam” em saúde visando o lucro e os que “querem saúde de fato”, estando aí incluído uma parcela da Igreja na qual se inseria a Pastoral da Saúde. Se estes se viam como os que queriam saúde de fato, os que priorizavam os hospitais, as indústrias de medicamentos e equipamentos, os governantes e profissionais da saúde e o próprio povo considerado sem consciência eram vistos como descomprometidos com a

¹⁹¹ Relatório da palestra de Irmã Cacilda Hammes no III Encontro de Irmãs que Atuam em Hospitais, realizado entre 24 e 27 de maio de 1982, em Florianópolis.

saúde. A função da Pastoral neste momento centralizou-se na conscientização do povo dentro destes ideais e na busca pelo que entendiam ser saúde.

Nesse contexto ocorreu a mudança de enfoque no trabalho da Pastoral da Saúde, que por muito tempo esteve voltado para a doença e para as instituições de saúde e religiosa e neste momento voltava-se para fora de ambas as instituições. Percebe-se também que a militância política nesta área por parte das religiosas era vista de maneira diferenciada, ou seja, enquanto uma missão cristã a ser cumprida:

Segundo ela [Irmã Cacilda Hammes], a preocupação maior atualmente nos hospitais brasileiros “é com a doença, mas queremos mostrar que estamos preocupados também com a saúde”. Além disso, frisou “há uma missão enquanto religiosa, que varia conforme a época. Hoje a nossa preocupação é levar a medicina até as classes mais desassistidas”.¹⁹²

Em meio a essas críticas, surge a reivindicação maior do Movimento Sanitário nesse momento, que perduraria até o final da década de 1980: a saúde como direito de todos garantido pelo Estado, este posicionamento também foi assumindo pela Igreja Católica através da Campanha da Fraternidade¹⁹³ do ano de 1981 que trazia como tema: “Saúde e Fraternidade” e como lema: “Saúde para todos”, o qual nos lembra muito o objetivo final da Conferência de Alma-Ata em 1978 (“saúde para todos no ano 2000”) e que trazia também a preocupação com relação ao sistema de saúde no Brasil salientada pelo movimento de reforma sanitária, que reivindicava um sistema de saúde que atendesse a toda a população.

Ainda dentro desta perspectiva, no ano de 1985 aconteceu o Seminário Nacional de Saúde organizado pela CRB, que tinha como tema: “A saúde na nova república e a missão do religioso nessa conjuntura”. Percebe-se no relatório final deste Seminário não só uma preocupação em relação ao posicionamento dos

¹⁹² Irmãs querem que hospitais melhorem os seus serviços. In: *Jornal O Estado*, . 28/05/1982. p.12.

¹⁹³ A Campanha da Fraternidade é realizada todos os anos pela Igreja Católica, sob responsabilidade da CNBB (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil), durante a Quaresma (período de quarenta dias entre o Carnaval e a Páscoa). A Campanha propõe, todos os anos, um tema atual e polêmico para reflexão.

religiosos e religiosas na área da saúde (preocupação existente ao longo de toda a história do GTS da CRB, que tinha como eixo central o “ser religioso” na área da saúde, ou seja, a autocompreensão dos religiosos e religiosas em relação a suas atuações nesta área), mas a nova conjuntura política do país.

A preocupação maior neste seminário foi com o comportamento que deveria ser assumido pela Igreja no processo de instalação da Constituinte e a redemocratização. O ano de 1985 foi emblemático neste contexto com a eleição indireta do civil Tancredo Neves, que não assumiu o governo por motivo de falecimento, sendo passada a presidência para o seu vice José Sarney.

A partir deste momento observa-se a gradual institucionalização do movimento sanitário, ou seja, a procura e ocupação de espaços institucionais de luta pela saúde, tais como conferências de saúde. Um fator importante é que com o advento da Nova República lideranças importantes do Movimento Sanitário assumiram posições centrais em instituições responsáveis pela política de saúde no Brasil,¹⁹⁴ dentre estes, Sérgio Arouca e Hésio Cordeiro, ex-presidentes do CEBES nacional que assumiram, respectivamente, a direção da Fundação Osvaldo Cruz e a direção do INAMPS.¹⁹⁵

No Seminário Nacional de Saúde da CRB deste mesmo ano chegou-se à seguinte conclusão:

Constituinte pode corresponder aos anseios do povo ou aos interesses das elites dominantes.

Correspondendo aos interesses das elites dominantes existem duas propostas:

- O executivo quer o Congresso eleito em 86 transformando em Assembléia Constituinte.
- Emendas de congressistas que queiram acrescentar a estes um certo número de “AVULSOS”.

De outro lado existem os movimentos populares, as Igrejas e os Organismos comprometidos com seus interesses que pleiteiam Assembléia Constituinte desvinculada do Congresso.

Como não há tempo para grandes mobilizações populares sugere-se por isso: fazer pressão sobre a Comissão e o Relator que estão estudando a matéria por meio de

¹⁹⁴ ESCOREL et alii op. cit., p. 77.

¹⁹⁵ DA ROS, *Uma visão...*, op. cit., p. 66-7.

aerogramas, cartas e telegramas. Participar da pesquisa da TV Bandeirantes sobre o assunto.¹⁹⁶

Percebe-se a clara adesão deste segmento da Igreja para com os movimentos populares. Sendo assim, se viam como comprometidos com o processo de instalação da constituinte no país desvinculada do Congresso, o que entendiam ser uma causa popular. Desta forma, ao final deste Seminário duas importantes deliberações foram realizadas: a primeira foi o envio de uma carta à CNBB nacional pedindo a criação da Comissão Pastoral da Saúde, esta, criada no ano seguinte e completando o processo de institucionalização deste grupo na Igreja Católica. Ao lado desta reivindicação uma outra: o envolvimento no movimento pela constituinte, tinha como lema: “Constituinte com o povo para criar o novo”, defendia a participação popular nas decisões e serem tomadas neste contexto.

A participação na reivindicação pela constituinte se deu a partir de uma moção assinada pelos participantes do Seminário, que se comprometeram em fazer cópias da mesma e distribuir nas diversas regiões do país em que atuavam, dizia a moção:

Frente à dramática e desumana situação de vida da grande maioria do povo brasileiro, cofiando no compromisso que a Nova República assumiu com a Nação de efetivar a democracia e acreditando nesses propósitos, queremos:

- que a Assembléia Nacional Constituinte seja convocada especificamente para elaborar a Nova Constituição;
- que se criem comissões municipais consultivas para contribuir na elaboração da Nova Constituição;
- que se revogue imediatamente toda legislação autoritária, em especial os artigos 87 a 89 e 155 a 159 da Constituição Federal vigente, LSN, Lei de Greve, Lei da Imprensa e Decreto Lei nº 1632;
- que se fixe para março de 1986 a data da eleição dos constituintes;
- que a legislação limite os gastos da campanha constituinte e se unam os abusos do poder econômico, verificados durante essa campanha.¹⁹⁷

¹⁹⁶ Relatório do Seminário Nacional de Saúde realizado pela CRB nacional entre 23 e 28 de setembro de 1985, em Belo Horizonte (MG).

¹⁹⁷ Carta elaborada e assinada pelos participantes do Seminário Nacional de Saúde, realizado pela CRB nacional entre 23 e 28 de setembro de 1985, em Belo Horizonte (MG).

A carta foi assinada pelos participantes do evento e enviada ao Presidente da República José Sarney; ao Presidente do Congresso Nacional, o Deputado Ulisses Guimarães; ao Presidente do Senado Federal, o Senador José Fragelli; ao Relator da Comissão Mista para a convocação da constituinte, o Deputado Flávio Bierrembach e ao Presidente da Comissão Mista, o Senador Helvídio Nunes. Além do ato narrado no Relatório, houve o comprometimento por parte dos religiosos participantes do evento em divulgar e conscientizar o povo a fim de comprometer-se com este processo e exigir seus direitos.

Um marco das conquistas do Movimento Sanitário foi o ano de 1986, quando aconteceu, entre os dias 17 e 21 de março, em Brasília, a VIII Conferência Nacional de Saúde, sob a presidência de Sérgio Arouca, neste momento presidente da Fundação Osvaldo Cruz. A conferência teve a participação de quatro mil pessoas e foi a primeira com delegados de todos os estados, com ampla participação popular.

198

A bibliografia que trata da VIII Conferência, geralmente se refere a ela como a grande conquista do Movimento Sanitário, pois durante esta conferência foram colocadas em discussão as propostas feitas por este movimento durante quase uma década. Tratava-se principalmente da democratização da saúde no Brasil, dizer: “Saúde: direito de todos e dever do Estado” significava naquele momento desvincular o Sistema de Saúde da Previdência Social, que só atendia aos trabalhadores formais, contribuintes da previdência.

Tentando ligar-se aos movimentos populares realizaram-se pré-conferências preparatórias em todo o país para a escolha de delegados e discussão dos temas a serem tratados na conferência. A participação desses delegados representando usuários, trabalhadores da saúde, os diferentes níveis do governo, universidades, parlamentares, ONGs, movimentos sociais, etc. deram à conferência um caráter popular e democrático. Os temas discutidos podem ser divididos em três eixos: Saúde: direito de todos e dever do Estado; a reorganização do sistema e o financiamento para o mesmo. ¹⁹⁹

¹⁹⁸ DA ROS, *Uma visão...*, op. cit., p. 69

¹⁹⁹ DA ROS, *Pequena história...*, op. cit., p. 40.

O centro das atenções foi a unificação do INAMPS com o Ministério da Saúde. Para os participantes da conferência, a Previdência Social deveria voltar-se às funções de seguro social, enquanto a questão da saúde deveria ser responsabilidade de um órgão federal com novas características, recebendo recursos vindos de diferentes receitas. Inicialmente contaria com contribuições do INAMPS, mas estas seriam gradualmente retiradas, na medida em que o órgão se tornasse independente financeiramente. Era a proposta de criação de um Sistema Único de Saúde, com a separação da saúde em relação à previdência.²⁰⁰

Uma outra contribuição propiciada pela VIII Conferência Nacional de Saúde foi o reconhecimento do chamado Conceito Ampliado de Saúde, mais uma característica do Movimento Sanitário aplicado ao sistema de saúde que se formava:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso à serviços de saúde. É, assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida, a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.²⁰¹

Como resultados da VIII Conferência aponta-se a criação do SUS e a divulgação do conceito de saúde de forma abrangente, envolvendo as condições de vida, trabalho e lazer, por exemplo. Como reflexo desta conferência tem-se a criação do SUS oficialmente na nova Constituição Federal de 1988, a primeira a trazer um capítulo sobre saúde.²⁰²

²⁰⁰ ESCORELet alii, op. cit., p. 78.

²⁰¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde. 1986. Apud: DA ROS, M. A. Políticas públicas de saúde no Brasil. In.: BAGRICHEVSKY et alii (orgs.), op. cit., p. 58.

²⁰² DA ROS, *Uma visão...*, op. cit., p. 68.

Esse processo, porém, não se deu sem conflitos políticos, nem significou o fim de uma história de reivindicações²⁰³. Embora garantida como direito na constituição federal de 1988, saúde para todos ainda não é algo que existe na prática, como sabemos. Ainda assim, o fato de o Brasil ser um dos poucos países a ter incorporado em sua constituição de maneira tão clara as propostas da OMS deve ser reconhecido.²⁰⁴

Nesse momento, em que os movimentos sociais de maneira geral buscavam espaços institucionais para suas reivindicações, a Pastoral da Saúde seguiu o mesmo caminho. Sua atuação em espaços como Conselhos, Conferências e Fóruns de Saúde passou a ser significativa através de sua terceira linha de ação: a Pastoral da Saúde Institucional, sobretudo nos anos 1990. A partir desse momento, percebem-se novas preocupações e formas de atuação e a questão da saúde comunitária passou a não ser mais prioritária, sendo entendida enquanto dever do Estado. O principal objetivo deste capítulo, no entanto, é demonstrar a atuação da Pastoral da Saúde da arquidiocese de Florianópolis nos anos 1980, caracterizada enquanto um movimento popular pela saúde através de sua atuação junto às comunidades de periferia e de suas críticas ao sistema da época.

3.2 – 1981 EM FLORIANÓPOLIS: “SAÚDE PARA TODOS”

A Campanha da Fraternidade do ano de 1981, que trouxe como tema: “Saúde e Fraternidade” foi um dos únicos momentos em que a Igreja Católica do Brasil em sua oficialidade assumiu um posicionamento público explícito em relação à questão da saúde neste país. A Campanha da Fraternidade é realizada todos os anos sob responsabilidade da Conferência Nacional de Bispos do Brasil e ocorre durante o

²⁰³ Para mais detalhes acerca do processo de institucionalização do SUS ver: DA ROS, *Pequena história...*, op. cit.

²⁰⁴ MINAYO, M. C. S. (org.). *Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. p. 15.

período da quaresma, que corresponde aos quarenta dias compreendidos entre o carnaval e a páscoa.

Para a Igreja Católica, estes quarenta dias têm um peso simbólico bastante significativo, correspondem ao período em que o povo hebreu esteve no deserto em seu êxodo do Egito para a “Terra Prometida”, conforme o Antigo Testamento da Bíblia; e em que Jesus Cristo haveria estado no deserto, segundo o relato do Novo Testamento. Ambos os relatos são tomados com o significado de renovação, vida nova. Durante estes quarenta dias Jesus haveria refletido sobre sua vida e sua missão e o povo hebreu caminhava em direção ao que era para eles o mundo perfeito, depois de todo o sofrimento passado no cativeiro. Portanto, a idéia da Campanha da Fraternidade seria a mesma, fazer com que os fiéis refletissem a respeito de um tema previamente escolhido e geralmente polêmico na sociedade, com o intuito de transformar este mundo no que consideravam ser o paraíso.

A Igreja, assim, assume um posicionamento público em relação a esses temas, como é o caso da questão da saúde no Brasil. Tais posicionamentos são transparecidos através dos subsídios de estudo elaborados para reflexão nos grupos de leigos católicos (como livretos e cartazes) e também campanhas publicitárias veiculadas nos meios de comunicação social.

O cartaz da Campanha da Fraternidade daquele ano, importante subsídio, por trazer um símbolo a ser divulgado em todo o país, expunha o desenho de uma criança. A imagem foi escolhida na intenção de trazer a criança como sinal de fragilidade perante um futuro incerto. As crianças eram também grandes prejudicadas pelas doenças mais comuns na época, que causavam um grande índice de mortalidade infantil. Segundo o subsídio da Campanha, o cartaz serviria para provocar naqueles que o olhassem o espírito cristão de solidariedade perante as situações de doença:

O olhar doentio nos questiona e desperta a vontade de acolher sua vida indefesa. A face inocente, multiplicada pelo cartaz nas paredes e portas de nossas casas, suscitará nova responsabilidade frente à vida que de Deus recebemos, estreitará mais os vínculos de fraternidade e nos levará a uma constante transformação de

atitudes e estruturas. Só assim há de surgir uma sociedade solidária na promoção da saúde e da vida de todos os irmãos.²⁰⁵



Ilustração 3 - Cartaz da Campanha da Fraternidade de 1981

Além do tema e dos subsídios é escolhido também um lema que está relacionado ao tema de discussão. O lema é uma frase curta que resume a principal intenção da campanha. No ano de 1981 o lema escolhido foi: “Saúde para todos”, esta frase trazia implícita todas as reivindicações feitas pelos movimentos sociais pela saúde ao longo da década de 1980 no Brasil. Falar em “saúde para todos” era denunciar que o sistema de saúde no Brasil não contemplava a totalidade dos cidadãos, que a saúde não era garantida a eles como direito seu e dever do Estado.

²⁰⁵ CNBB. Saúde para todos: *Campanha da Fraternidade 1981*. p. 2.

Denunciava-se além do sistema de saúde, o sistema político que o sustentava, mais especificamente a ditadura militar no Brasil e reivindicava-se uma democracia plena no país, que atingisse também o sistema de saúde.

Entramos na 18ª Campanha da Fraternidade. Cada ano é apresentado um tema novo que desperte nas comunidades a atenção para uma exigência mais urgente da fraternidade, para um problema grave que requer o empenho e a ação coesa de todos na sua solução, à luz do Evangelho.

O tema para 1981 é “Saúde e Fraternidade”, convocando para um vasto processo enunciado no lema “Fraternidade para Todos”. O cuidado pela saúde é um sinal de respeito à dignidade da pessoa humana. Este cuidado expressa o anseio de ver a vida, dom de Deus, plenamente desenvolvida pela superação não só da doença, mas até da própria morte.

A Igreja se sente convocada, colaborando com todos os homens de boa vontade, a promover a saúde do nosso povo. É um modo concreto de realizarmos a opção preferencial pelos pobres, renovada em Puebla. Em muitos lugares nosso povo está sofrendo a desnutrição, a falta de higiene e fica exposto a doenças que ceifam cada dia tantas vidas de irmãos.²⁰⁶

Além das denúncias ao sistema da saúde e às doenças mais comuns, que seriam causadas pelas desigualdades sociais, que por sua vez geravam desigualdades no acesso à saúde; a preocupação aparente nos subsídios nacionais era trazer à discussão um caráter teológico, dentro da idéia de que o envolvimento com as questões da saúde faria parte de um compromisso cristão, assim, seriam necessárias ações neste sentido por parte de todos os católicos:

“SAÚDE E FRATERNIDADE HUMANA” é, portanto, um binômio marcadamente cristão de profundo valor evangélico: os que têm saúde procuram conservá-la para ajudar os demais a terem também, e assim formarem todos juntos uma comunidade realmente fraterna. Esse bem-estar e fraternidade são os sinais da libertação integral que o Cristo nos trouxe. Se somos cristãos, uma de nossas grandes preocupações será tudo fazer para que haja “SAÚDE PARA TODOS”, pois Cristo, que passou

²⁰⁶ Ibidem, p. 1.

entre nós “fazendo o bem e curando a todos” (At 10,38), nos garante: “Eu vim para que tenham a vida e a tenham copiosamente” (Jo 10,10).²⁰⁷

Na arquidiocese de Florianópolis, além dos materiais a serem utilizados durante o período da campanha a equipe de Pastoral da Saúde arquidiocesana elaborou livretos para serem utilizados em grupos de reflexão sobre o tema. Estes materiais foram elaborados em conjunto com o CEBES da região, representando um momento forte da união entre CEBES e Pastoral da Saúde, em que os dois movimentos faziam as mesmas reivindicações e denúncias, mas reservando-se à pastoral suas particularidades enquanto movimento popular que estava preocupado também com a questão religiosa, fazendo assim a união entre religião e política, aproximando-se das propostas da teologia da libertação.

Embora compreenda-se que com estas características a pastoral se envolveu com uma ala da Igreja Católica denominada de progressista, a partir do pensamento de Michael Löwy, seria um quadro distorcido apresentar este grupo como politicamente revolucionário. Deve-se levar em conta que muitos dos religiosos, sacerdotes e leigos, ao se envolverem com estas atividades não foram nada políticos, mas reagiram conforme critérios morais e religiosos nos quais acreditavam, levando em conta que estavam defendendo um projeto que consideravam uma missão. Muitos desses aspectos podem até mesmo parecer conservadores aos olhos de alguns.²⁰⁸

Outra questão a ser avaliada é a intencionalidade dos produtores na criação do material a ser analisado. Tanto a Pastoral da Saúde quanto o CEBES tinham objetivos e interesses na elaboração desses livretos que podem ser percebidos a partir dos discursos encontrados ao longo de suas páginas. Esses discursos trazem consigo o interesse na conscientização de uma população específica, que receberia o material e leria ao longo de suas reuniões em cada comunidade.

²⁰⁷ Texto base da Campanha da Fraternidade de 1981. Tema: *Saúde e fraternidade humana*; lema: *Saúde para todos*. p. 18.

²⁰⁸ LÖWY, M. *A guerra dos deuses: religião e política na América Latina*. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 65-66.

É necessário pensar como estes textos podem ter se ajustado à situação e realidade dos seus leitores, ou seja, compreender como as configurações narrativas podem corresponder a uma resignificação da própria existência daqueles que os leram e apropriaram-se dos discursos, para assim, inferir como estes podem ter afetado os leitores e os conduzido a uma nova compreensão de si e do próprio mundo²⁰⁹, o que provavelmente os transportou a novas experiências dentro das características de um movimento popular que se pretendia formar.

Dois dos livretos que tinham o objetivo de servir de base para aprofundar o tema da Campanha da Fraternidade em Florianópolis são os materiais analisados neste subcapítulo. O primeiro deles editado em março de 1981 e o segundo em setembro do mesmo ano, ambos com assessoria do CEBES em sua elaboração. Na apresentação do primeiro número foi exposto o eixo norteador dos encontros que seriam subsidiados pelo material, na concepção do coordenador arquidiocesano de pastoral, Padre Jairo Aldo da Silva:

Como veremos no decorrer de nossos Encontros, SAÚDE é um DIREITO de todos. E ela não é algo isolado. Tem implicações em todos os aspectos da nossa vida. SAÚDE significa VIDA, e vida significa o Amor de Deus presente em nós. Que este Manual nos ajude e às nossas comunidades a ter mais vida, e vida em abundância, assim como Cristo desejou.²¹⁰

Além da compreensão de que a saúde deveria ser reconhecida como direito de todos indistintamente, encontra-se ainda a preocupação de anunciá-la não como algo isolado que se sustenta por si, mas como resultado das condições de vida que envolviam o indivíduo em todos os seus aspectos. A falta de saúde é apresentada ao longo dos manuais principalmente como resultado das desigualdades sociais que levavam os pobres a condições insalubres. Aliada às desigualdades sociais, aparece a crítica ao sistema de saúde no Brasil, visto como injusto e favorecedor do capital estrangeiro através da formação dos profissionais de medicina, direcionada para a

²⁰⁹ CHARTIER, op. cit., p. 24.

²¹⁰ ARQUIDIOCESE DE FLORIANÓPOLIS. *O povo acorda 6: Saúde para todos 1*. Florianópolis: Arquidiocese de Florianópolis, 1981. p.1.

especialização da cura, a indústria de medicamentos e equipamentos médico hospitalares.

Estas características, atribuídas aos movimentos sociais de saúde ganham um sentido particular no caso da Pastoral da Saúde, que alia todas as críticas e reivindicações à mensagem religiosa. Na visão da Igreja Católica Deus não quer a doença, mas vida e saúde em abundância para os humanos, a partir da mensagem bíblica e do exemplo de Jesus Cristo retirado da Bíblia dever-se-ia anunciar a vida e lutar por ela, esta seria a vontade de Deus no entendimento dos cristãos envolvidos com esse trabalho. A mensagem e ação da Pastoral da Saúde, nesse contexto, são direcionadas para a conscientização do povo por seus direitos, esta seria a expressão de um compromisso cristão, já que em seu entendimento a vontade de Deus não era que ficassem acomodados.

Na apresentação do segundo livro percebe-se uma outra questão:

Os problemas levantados e debatidos nas 10 lições do livrinho, não são, necessariamente, os problemas de cada uma de nossas localidades. Podem não ser estes, mas também podem ser. Quem sabe, são outros! O panorama traçado é o que se percebe como um fato bastante generalizado pelo Brasil todo.

As reuniões também não devem desembocar num *rosário de lamúrias*, sem referência ao lado positivo da situação. O importante é aprender a VER a realidade, JULGÁ-LA criteriosamente à luz do Evangelho, e AGIR EM CONJUNTO na procura da melhor solução possível.²¹¹

Nesta abertura, feita por Dom Afonso Niehues, arcebispo metropolitano da arquidiocese de Florianópolis no período e oficialmente o maior responsável pela Igreja Católica da região, constata-se uma preocupação em relação aos temas levantados pelo manual. No corpo do texto identifica-se certo questionamento em relação aos problemas explicitados ao longo do manual, se eles faziam ou não parte da realidade de Florianópolis.

²¹¹ ARQUIDIOCESE DE FLORIANÓPOLIS. *Grupos de reflexão 7: Saúde para todos 2*. Florianópolis: Arquidiocese de Florianópolis, 1981. p. 33

Sua maior preocupação aparentemente é de que as críticas foram muito severas e a realidade exposta muito dura, devia-se em sua opinião, mostrar o lado positivo da situação para que, como o próprio Dom Afonso ressaltou, as reuniões não se transformassem num “rosário de lamúrias”. Provavelmente, os organizadores do material se perguntariam: que lado positivo? E ressaltariam: O lado positivo é o lado de quem oprime...

Cada um dos manuais foi elaborado para servir de subsídio para 10 reuniões de grupos de reflexão sobre os temas, sendo que cada uma dessas reuniões tem um tema central voltado para a questão da saúde. Sendo assim, o manual traz a estrutura de uma reunião contendo primeiramente um espaço de tempo para acolhida dos participantes, que deveria ser feita pelo dirigente da reunião, passando-se a seguir, para uma oração inicial, sendo que para essa o Manual traz sugestões de mensagens cantos ou orações.

Após a oração inicial, havia um espaço para a leitura de um texto, esse espaço foi intitulado de “fato da vida”, o texto era uma história fictícia que ilustrava situações provavelmente vividas por muitas pessoas nas periferias de Florianópolis. Os casos mais comuns apresentados nesses textos remetiam ao êxodo rural que fazia com que pessoas oriundas da região agrícola de Santa Catarina aumentassem a população das favelas de Florianópolis e a partir daí passassem por dificuldades financeiras e conseqüentemente, problemas de saúde, aliados à exploração de grandes empresas, injustiças do sistema social e desigualdades sociais. Abaixo transcrevo um desses textos, correspondente à sexta reunião do primeiro livro de reuniões, que trazia como tema principal: saúde é casa para todos.

O Chico tinha um sítiosinho no interior de Vidal Ramos. Mas o preço de tudo foi subindo tanto que ele ficou devendo até os cabelos da cabeça. Acabou vendendo o sítio e com a família veio tentar a vida em Florianópolis. Mas porque chegou sem dinheiro se sujeitou a morar numa favela dos morros e tratou de arranjar um emprego de carregador.

Mas pouco depois, ele, a mulher e os filhos que antes tinham saúde começaram a ficar doentes. Antes ele até gostava de se orgulhar dizendo: “Não sei o que é doença. Nunca tive doença na minha vida”.

Um dia eles estavam conversando e a mulher disse: Chico, lá no sítiosinho a gente tinha uma rocinha, olho d’água perto de casa. A casa era pobre, mas grandinha,

limpa e bem arejada. Eu cuidava das minhas plantas e das criações. Aqui na cidade tudo é apertado. Se a vizinha tosse aí do lado, eu me acordo no meu quarto. Lá não tinha cheiro ruim de esgoto que corre aí na rua, na frente do nariz da gente, cheio de mosca e mosquito...
Eu acho que é tudo isso que provoca essas doenças...²¹²

Este pequeno texto faz parte de um conjunto que traz a temática do êxodo rural. Essa situação, muito intensificada entre as décadas de 1950 e 1970, não é apresentada de maneira a culpabilizar as pessoas que vendiam tudo o que tinham na região rural para tentar a vida na cidade. As pessoas eram apresentadas como vítimas daquele contexto, eram vítimas tanto dos meios de comunicação que apresentavam a cidade como o melhor lugar para se viver, quanto pelo sistema político que não incentivava a agricultura em pequena escala, fazendo com que os pequenos produtores rurais da agricultura de base familiar se vissem obrigados a vender sua propriedade para os grandes produtores, ou mesmo indústrias, e tivessem como opção “tentar a vida na cidade”. No entanto, sem qualificação profissional e condições financeiras favoráveis, iam engrossar a população das periferias insalubres.

Sua falta de saúde era apresentada como resultado da má alimentação, da falta de acesso ao sistema de saúde e das condições de vida nas periferias: sem sistema de esgoto, abastecimento de água, pavimentação e habitações adequadas. Quando conseguiam acesso ao hospital e ao médico, a solução apresentada para sua doença eram remédios caros e eram requisitados exames inacessíveis a sua condição de vida. Tudo saía mais caro que a própria alimentação.

Essas histórias, que traziam personagens de nomes fictícios e imaginários, apresentavam situações cuja probabilidade de acontecimento era bastante provável, as histórias pensadas naquele momento pela equipe que elaborou os materiais tinham como objetivo atingir tanto essas famílias que em seu cotidiano, por ventura, passassem por situações semelhantes às descritas nas histórias, como aquelas que embora vivessem em Florianópolis, nem conheciam tal realidade tão próxima e tão

²¹² ARQUIDIOCESE DE FLORIANÓPOLIS. *O povo acorda* 6op. cit., p. 39.

distante ao mesmo tempo. O objetivo era que, a partir de então, todos passassem a lutar por melhores condições de vida.

Após o “fato da vida”, havia um espaço para esclarecimento da realidade apresentada na história fictícia, que trazia dados estatísticos e uma visão científica em relação ao tema do encontro e servia para o esclarecimento da conjuntura apresentada. Ou seja, primeiro era apresentada a história fictícia e de fácil apreensão através de vocabulário acessível, posteriormente, dados da realidade brasileira, que serviam para legitimar o que havia sido exposto, uma maneira de demonstrar que embora a história fosse fictícia, fatos como os descritos aconteciam realmente.

O momento seguinte era reservado à reflexão do tema pelos participantes, em que o subsídio trazia várias perguntas que serviriam para o questionamento. No caso da reunião em que a história do “fato da vida” foi transcrito anteriormente, foram sugeridas as seguintes perguntas para a reflexão: “Quais as condições de moradia das famílias de nossa comunidade? Quais as doenças em nossa comunidade que estão ligadas às más condições de moradia? O que, de concreto, nosso grupo se propõe para mudar esta situação?”. Observa-se que a intenção era apresentar uma situação para o grupo e a partir daí suscitar um debate com o intuito de gerar uma ação sobre aquela realidade. Estas são etapas do método de ação pastoral: o ver-julgar-agir.

O julgamento da realidade, no entanto, sempre deveria ser feito a partir da orientação religiosa, dos exemplos bíblicos. Esta era a última etapa da estrutura das reuniões apresentada pelos manuais, intitulada: “a Bíblia nos ilumina”, em que era apresentado um trecho da bíblia que pudesse ter alguma semelhança com a situação da realidade debatida pelo grupo. Após, a reunião era encerrada pelo dirigente, na maioria das vezes era indicada uma mensagem, música ou oração para este momento.

Nos itens a seguir apresento os assuntos em debate mais recorrentes ao longo das reuniões, tendo em vista que os limites deste trabalho impossibilitam a apresentação de todas as reuniões propostas nos dois subsídios da arquidiocese de Florianópolis.

3.2.1 – DESIGUALDADES SOCIAIS

A questão das desigualdades sociais é apresentada ao longo de todas as reuniões como parte da realidade vivida pela população de Florianópolis. Observa-se que esta questão está bastante próxima das preocupações da teologia da libertação, que entende a desigualdade social como resultado de um sistema social injusto que divide a população entre opressores e oprimidos. Para os adeptos dessa visão teológica é constante a preocupação em demonstrar que as injustiças sociais não eram provenientes da vontade de Deus, conforme a letra de uma das músicas presentes no manual analisado:

A vida que a gente vive é cheia de divisão
Mas Deus não quer isso não.
De um lado é dinheiro sobrando,
De outro é a fome matando;
De um é prazer sem amor,
De outro é revolta na dor.
Mas Deus não quer isso não.
De um é palácio subindo,
De outro é barraco caindo;
De um lado é alguém dominando,
De outro é alguém se curvando.
Mas Deus não quer isso não.²¹³

As desigualdades sociais eram citadas como a verdadeira causa da maioria das doenças, pois quem não tinha acesso a boas condições de vida estava mais vulnerável. No tema proposto na primeira reunião encontra-se esta visão, o tema foi “Saúde é vida em abundância”, enfatizava-se que Deus queria vida em abundância para os homens e as desigualdades que geravam as doenças não deveriam ser vistas como vontade divina. Enfatizou-se ainda, na quarta seção da reunião que “Vida é não ter doença. Vida é não morrer. Para não ficar doente e não morrer é

²¹³ Ibidem, p. 6.

preciso 10 coisas” e partia-se para a descrição dos dez elementos vistos como necessários para garantir a boa qualidade de vida, demonstrando-se que estas não eram proporcionadas para a maioria da população: Receber o justo valor de seu trabalho, alimentação, habitação, água e esgoto, terra, natureza não contaminada, educação, condições de trabalho, participação nas decisões e iguais oportunidades.

A falta dos bens necessários à manutenção da vida era tomada como causadora das principais doenças que afetavam principalmente a população mais pobre, constata-se aí duas questões oriundas das desigualdades sociais, primeiramente que existiam doenças que afetavam mais os pobres e outras que afetavam mais os ricos. A desigualdade social manifestava-se também no tipo de doença que as pessoas viessem a ter.

Uma pessoa ou população morre da mesma forma que vive.

Todo mundo sabe que os pobres pegam mais doenças que os ricos. Mas o que muita gente não sabe é que muitas doenças podem ser evitadas, como a diarreia, a desidratação, a tuberculose, o tifo, a verminose. Elas nascem das difíceis condições de vida dos moradores.

(...)

Há outras doenças que geralmente resultam do desgaste dos órgãos do nosso corpo, depois de muitos anos de funcionamento. São as doenças degenerativas “como o enfarte do coração, o derrame, o câncer, são chamadas doenças de rico”, porque pegam mais nos ricos, mas dá nos pobres também.

Muitos pobres não chegam a ter essas doenças porque já morrem antes, de outras doenças, ou de fome.²¹⁴

Outra questão é que esta diferença era causada pela desigualdade na distribuição das condições necessárias à vida. Desigualdade social passava a ser sinônimo de saúde desigual. Como apresentada numa das historinhas do “Fato da vida”, na quinta reunião do manual cujo tema foi: “Água, esgoto e saúde é um direito de todos”:

Seu Anastácio e Dona Agripina moravam num pequeno sítio no interior de Lages, mas vieram tentar a vida na grande cidade, porque a televisão dizia que havia muito

²¹⁴ Ibidem, p. 23-4.

mais chances. Vieram com a roupa do corpo e o dinheirinho da venda do sítio, comprado por uma grande indústria que pretendia aumentar a sua produção. Foram acolhidos por um casal que morava no morro, onde pagavam pensão enquanto Seu Anastácio procurava emprego. Aquele lugar era horrível: água não tinha, o esgoto ia direto pra rua. O lixo ficava amontoado no meio das casas. As pessoas viviam doentes, principalmente as coitadas das crianças, todas elas magras e raquíticas.²¹⁵

Nesta primeira parte correspondente ao início da história, percebemos um caso bem comum entre os apresentados nas histórias ao longo do manual: uma família que abandonou a zona rural de Santa Catarina e deslocou-se para Florianópolis, considerada um centro urbano. Sua pequena propriedade foi comprada por uma grande indústria, eis um primeiro sinal de desigualdade. Ao chegar a Florianópolis este casal foi morar num local considerado insalubre pela falta de abastecimento de água, sistema de esgoto e coleta de lixo, o que levava a população local ao adoecimento. A representação criada para a zona rural de Santa Catarina é a de um lugar com boas condições de vida, enquanto a das periferias de Florianópolis seria a de um lugar totalmente insalubre. A história continua. Em seu decorrer constata-se a intenção de demonstrar o fator de desigualdade que gerava essas doenças:

Mas sabem qual é a maior? Justamente naquele morro ficava o reservatório que fornece água para a cidade. Mas não fornece para os moradores do morro. Ao pé do morro ficam aquelas avenidas bonitas, todas asfaltadinhas com belas casas, todas muito bem servidas de água, esgoto... O caminhão de lixo passa também aí todos os dias para recolher o lixo do primo rico, mas, não é capaz de recolher o lixo do primo pobre... Por que? Apesar de todas as reclamações feitas pela comunidade continua “não havendo verba” para atender os direitos do primo pobre que mora no morro... Por que essa diferença? Parece que pobre não tem vez mesmo...²¹⁶

A desigualdade apresentada estava no acesso aos meios que gerariam as mínimas condições de vida. Uma parcela da população que vivia no centro urbano,

²¹⁵ Ibidem, p. 34.

²¹⁶ Ibidem, p. 35.

nos locais considerados mais ricos, tinha acesso a esses meios, enquanto a população dos morros que o rodeavam não tinha.

Todas essas discussões eram geradas no intuito de que a população que não tinha acesso a esses bens passasse a ter consciência de que suas carências não deveriam ser entendidas como aceitáveis, mas que deveria reivindicar o que a outra parcela da população – chamada de primo rico – tinha. Mais que reivindicar, lutar:

Vamos lutar juntos porque o nosso Deus é um Deus libertador.
Para que nossa comunidade tenha iniciativa de se organizar e promover cursos de higiene, alimentação correta, saneamento básico, saúde popular.
Para que todos continuemos lutando juntos por mais justiça no trabalho, preservação da natureza e proteção da nossa vida.
Para que os programas de saneamento básico, esquecidos pelos responsáveis sejam levados mais à sério.
Para que a água e o esgoto, que é um direito de nossa comunidade, não precise mais ser esmolado, e redescontado em nosso minguado salário.²¹⁷

Esse aspecto remete a um outro tema de discussão totalmente ligado a ele: a saúde vista como direito de todos os cidadãos indistintamente, para atingi-la, já que esta não estava garantida nem na prática nem no discurso institucional, o povo deveria lutar por esse direito. Lutar pelo direito à saúde, no entanto, era lutar contra a desigualdade que gerava a doença e contra a desigualdade na distribuição das boas condições de saúde, portanto, lutar pela saúde implicava em lutar contra as desigualdades entre as classes sociais.

3.2.2 – POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Um outro tema bastante recorrente que permeia várias das reuniões é a situação em que se encontrava o sistema de saúde no Brasil. Um sistema de saúde

²¹⁷ Ibidem, p. 36-7.

é o resultado do sistema político de um país, e a partir dele é que se desenvolvem as ações nessa área. No contexto ditatorial, percebia-se também na saúde a ausência de democracia e excesso de autoritarismo, característica que desdobrava-se em outras conseqüências, principalmente na ausência de saúde para grande parte da população. A visão era de que a saúde não era distribuída de maneira democrática.

Outros desdobramentos eram as formas de atuação prioritárias na área da saúde, resultado do sistema político e econômico: O cerne da atenção à saúde estava nos hospitais; na indicação de medicamentos para cura de doenças que poderiam ser evitadas e na medicina especializada que influenciava a formação dos profissionais da saúde. A charge abaixo pode demonstrar a visão que a Pastoral da Saúde tinha a respeito deste assunto.

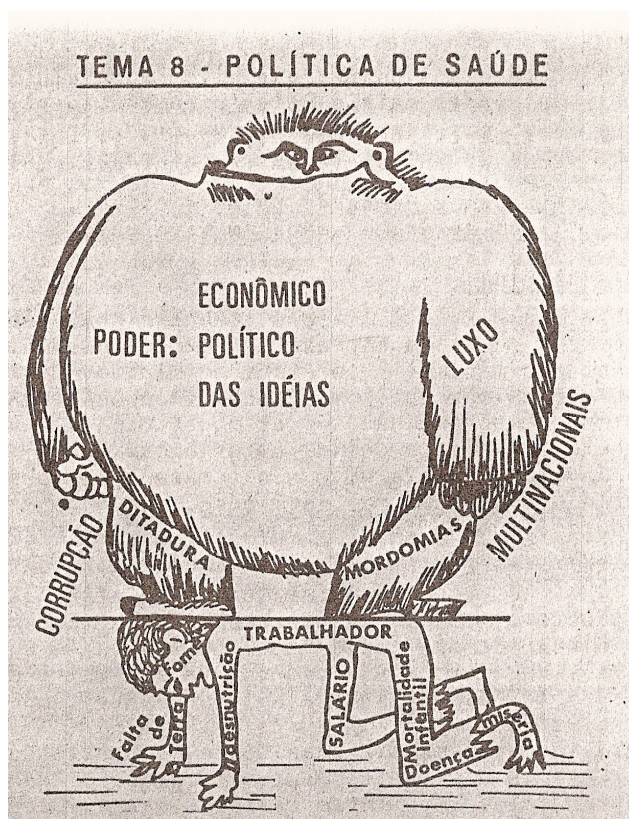


Ilustração 4 - Charge publicada no Manual Grupos de Reflexão 7: Saúde para todos 2. Editado pela arquidiocese de Florianópolis em setembro de 1981.

Esta charge apresentada na abertura do tema 8 do segundo manual elaborado pela Pastoral da Saúde em conjunto com o CEBES representa o poder econômico, político e das idéias como um grande monstro, aliado à ditadura, corrupção, luxo, mordomias e às multinacionais. O Poder parece ser bastante pesado, no entanto está representado em cima de um trabalhador, que embora fraco e marcado pela falta de terra, desnutrição, baixo salário, miséria, doenças e mortalidade infantil ainda sustenta o poder; para isso é necessário que se curve e traga uma feição sofrida. A imagem retrata o quanto as políticas de saúde eram vistas como injustas e opressoras de uma classe social marginalizada.

As críticas eram as mesmas feitas pelo Movimento Sanitário na década de 1980, mas aliadas a ela coexistia o tema da libertação, que alimentava a utopia de uma nova sociedade em que não haveria diferenças sociais e opressão de seres humanos, como retratado no canto abaixo:

Na terra dos homens pensada em pirâmide
Há poucos em cima e muitos na base.
Ó povo dos pobres, povo dominado,
Que fazes aí com ar tão calado?
O mundo dos homens tem de ser mudado,
Levanta-te povo. Não fiques parado.
Na terra dos homens pensada em pirâmide,
Os poucos de cima esmagam a base.
Na terra dos homens pensada em pirâmide,
Viver não se pode, pelo menos na base.
O povo dos pobres que vive na base,
Vai fazer cair a velha pirâmide.
E a terra dos homens, já sem a pirâmide,
Pode organizar-se em fraternidade.
Ninguém é esmagado na nova cidade,
Todos se dão as mãos em viva unidade.²¹⁸

Esta música deve ser pensada de maneira complementar à imagem apresentada anteriormente. A sociedade é vista de maneira piramidal, como relatado na letra da música, em que uma minoria poderosa oprimia uma maioria de pobres. A utopia da libertação é apresentada aqui, ao dizer-se que esta sociedade seria

²¹⁸ ARQUIDIOCESE DE FLORIANÓPOLIS. *Grupos de reflexão 7: Saúde para todos 2*. Florianópolis: Arquidiocese de Florianópolis, 1981. p. 34-5.

destruída e formar-se-ia outra, sem desigualdades. A nova sociedade, porém, só seria atingida quando o povo, da base, que sustentava o poder econômico e político, fizesse cair a velha pirâmide para organizar-se em fraternidade. A música era uma forma de apelo quando questionava o que o povo fazia na base e suplicava “Levanta-te povo. Não fiques parado”. Era um chamado à ação.

Desigualdades sociais e sistema de saúde são temas apresentados de maneira complementar nos manuais, pois as desigualdades eram referendadas pelo sistema político do país, que, por sua vez, eram responsáveis pelo sistema de saúde. Na visão dos movimentos sociais, e dentre eles a Pastoral da Saúde, as consequências deste sistema poderiam ser notadas na forma como a saúde era tratada dentro das universidades, ou seja, como se formavam os profissionais de saúde; e pelo sistema voltado para dentro dos hospitais, visando a cura através de medicamentos de grandes indústrias e não a prevenção através de trabalhos comunitários de educação popular em saúde. Assim, os hospitais e os medicamentos são outros alvos de críticas ligados à temática das políticas de saúde.

3.2.3 – MEDICAMENTOS

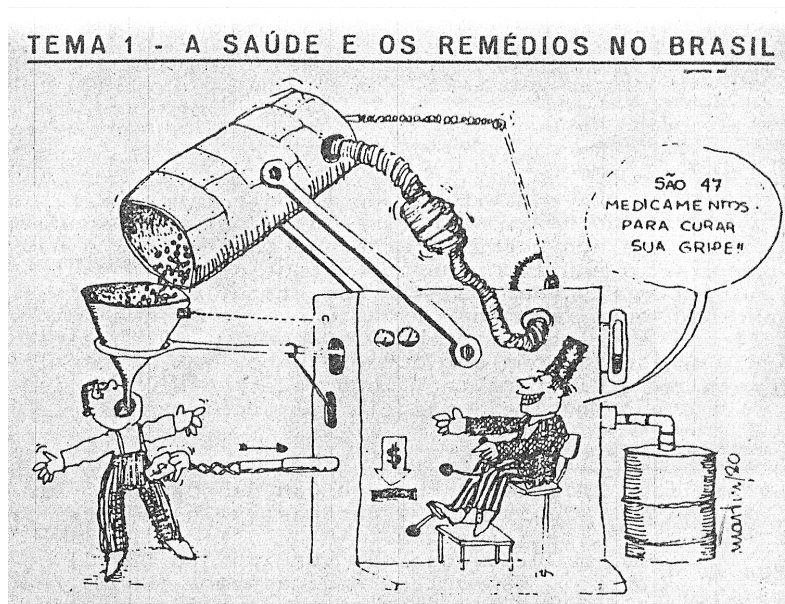


Ilustração 5 - Charge publicada no Manual de Reflexão 7: Saúde para todos 2. Editado pela arquidiocese de Florianópolis em setembro de 1981.

A charge acima pode ilustrar muito bem a principal crítica feita aos medicamentos industrializados vendidos no Brasil pelos movimentos ligados à reforma sanitária nos anos 1980. A imagem mostra um homem usando uma cartola e calças listradas operando uma grande máquina que injeta através da boca de um outro indivíduo uma grande quantidade de medicamentos, enquanto arranca de seu bolso uma cédula de dinheiro. O homem de cartola parece feliz operando sua máquina de fazer dinheiro, enquanto o que recebe os medicamentos parece imobilizado, atônito e assustado com a situação. O homem de cartola diz: “São 47 medicamentos para curar sua gripe”, sendo esta uma doença que não necessita de medicamentos para ser curada, mas sim de boa alimentação e repouso.

O homem de cartola operando a máquina parece ser uma alusão ao “Tio San”, que representa os Estados Unidos, país de onde procedem as principais multinacionais que se espalharam pelo mundo nas últimas décadas, inclusive as produtoras de medicamentos que eram vendidos no Brasil. A crítica feita aos medicamentos pode ser resumida através da imagem, pois a doença passou a ser usada como um grande negócio, a máquina de fazer dinheiro. Através dela se poderia alcançar uma grande soma de lucro na venda de medicamentos que seriam desnecessários se o verdadeiro problema da saúde no Brasil fosse atacado de forma preventiva.

As práticas preventivas em saúde passavam cada vez menos a ser prioridade, pois o interesse do sistema era justamente que as pessoas procurassem os médicos, que receitariam medicamentos de forma excessiva para doenças que poderiam ter sido evitadas: “A gente sabe o que é que causa doença no povo brasileiro. Será que para resolver isto são necessários 30.000 medicamentos ou outra coisa? As indústrias de medicamentos e equipamentos (a maioria multinacionais) estão interessadas em saúde ou lucro?”²¹⁹

A solução para a problemática dos medicamentos apresentada pela Pastoral da Saúde era que fossem utilizados produtos naturais, tanto para a prevenção quanto para a cura quando fosse possível, ou seja, através de alimentação natural e da ingestão de chás, já que era a partir dos produtos naturais que as indústrias fabricavam o princípio ativo da maioria dos medicamentos. A utilização dos produtos

²¹⁹ Ibidem, p.7-8.

naturais, além de poder ser feita por todos indistintamente, por ser de baixo custo, era vista como dádiva divina, por ser proveniente da terra e oferecida por Deus. Esta idealização poder ser unida à do meio rural, em contraste com a “civilização” nos meios urbanos, responsáveis pelas doenças e pela medicalização e especialização na cura:

“O Senhor fez a terra produzir os medicamentos: o homem sensato não o despreza.”
(Ecli. 38,4)

Senhor, dai-nos coragem e esperança de sempre procurarmos a verdade e não deixarmos morrer tantos irmãos na ilusão da propaganda e vítimas da exploração da indústria de medicamentos e equipamentos. Fazei que acreditemos na sabedoria popular e voltemos a usar os remédios que tanto beneficiaram nossos pais e avós. Isto vos pedimos por Jesus Cristo, em união com o Espírito Santo. Amém.²²⁰

Assim, o que se observa é a idealização da sabedoria popular, tomada como pura e desinteressada. Contrapunha-se esta ao saber científico, que estaria à mercê do sistema capitalista, ou seja, visava o lucro em detrimento da saúde da população.

3.2.4 – HOSPITAIS

Parece contraditório que a Pastoral da Saúde - e de maneira mais geral a Igreja Católica, através de congregações religiosas - que por um longo período desenvolveu atividades religiosas ligadas à saúde prioritariamente no interior das instituições hospitalares, a partir de determinado momento de sua trajetória passe a criticar a existência dessas instituições e o fato de que os cuidados com relação à saúde se realizassem majoritariamente dentro delas.

²²⁰ Ibidem, p. 8.

Religiosas que por muito tempo haviam feito parte da administração de hospitais católicos, ou mesmo trabalhado em alguns deles enquanto profissionais passaram, a partir do final dos anos 1970, a mudar seu enfoque de atuação das instituições hospitalares, onde a doença já havia atacado os indivíduos, para as comunidades, onde se acreditava poder atuar no intuito de prevenir essas doenças. Este deslocamento já foi discutido nos capítulos anteriores.

A crítica à forma do tratamento das doenças dentro de grandes hospitais passou a ser mais forte sobretudo nos anos 1980. Essas críticas foram feitas no contexto em que os movimentos defensores de uma saúde preventiva estavam mais fortes. Acreditava-se que se poderia investir em centros de saúde para as comunidades, onde as ações preventivas pudessem efetivar-se, ao invés do investimento feito em grandes hospitais, onde o cerne da atuação dos médicos estaria no tratamento das doenças através de uma medicina especializada, de medicamentos industrializados e equipamentos, realidade que, na visão dos movimentos sociais, não correspondia à das doenças que assolava a maioria da população brasileira.

Em uma comunidade do interior foi decidido pelo governo a construção de um hospital. Quando este estava terminado, arranjaram um médico, sobrinho de um grande fazendeiro. Iniciado o atendimento, único da região, verificou-se que as doenças eram sempre comuns, ou seja: diarreia, pneumonia, doenças da pele, desnutrição, gripes, dor nas costas e outras. Essas doenças em geral não precisavam de tratamento hospitalar, mas, para um hospital poder sobreviver tem que estar com seus leitos ocupados. Não tardaram a começar as primeiras operações: cesarianas, hérnias, apendicites, amídalas, útero, e assim por diante. Após 2 anos de trabalho, o Doutor já havia operado grande parte da população. E os verdadeiros problemas de saúde continuavam cada vez piores e o Doutor cada vez mais rico.²²¹

Nesta história, o hospital é apresentado como mais uma fonte de lucro dos profissionais e dos vários envolvidos no processo de cura de doenças e não como instituição promotora da saúde da população. Intervenções cirúrgicas sem

²²¹ Ibidem, p. 10.

necessidade, pedidos de caros exames e indicação de medicamentos são características atribuídas a um sistema que explora a situação de doença em benefício do lucro. O interesse maior da Pastoral da Saúde parecia ser demonstrar à população que o hospital não era o único nem o melhor caminho para obtenção de saúde, idéia já arraigada no imaginário de toda a população: “É falsa a idéia de que os hospitais resolvem os problemas de saúde da população. A maioria das doenças curam-se por si. Um bom número pode ser tratado em casa; e poucas precisam de assistência médica em ambulatório e outras raras (3%) devem ser tratadas em hospitais.”²²²

Dizer que grande parte das doenças não precisavam ser tratadas em hospitais e que poucas precisavam de assistência médica era transferir para o próprio indivíduo a responsabilidade pelos cuidados de sua saúde, esta idéia não era exposta no intuito de eximir o Estado de seus deveres para com a saúde da população, mas era uma tentativa de democratização do saber em relação ao assunto. Tal posicionamento também defendia que os cuidados em saúde não fossem centralizados na figura do médico e dos outros profissionais da área, o que provavelmente gerava um conflito em relação à posse do capital simbólico na área da medicina:

O bairro era muito pobre, não tinha esgoto e a água era pouca. Quando a necessidade era muita, procuravam o médico do Posto de Saúde ou do hospital da cidade. Doenças comuns, todo mundo tinha: verminose, infecções da pele, piolho, sarna e principalmente as crianças sofriam mais pois eram muito fraquinhas e mal alimentadas, porque os seus pais não tinham dinheiro para comprar comida.²²³

Em mais uma das histórias fictícias do “fato da vida” é apresentada uma comunidade com problemas de saneamento básico e conseqüentemente, com as doenças que atingem a população, esta procura o médico quando a necessidade

²²² Ibidem, p. 10.

²²³ Ibidem, p. 22.

passa a ser excessiva. Nesta história, porém, é apresentada uma situação alternativa para a solução dos problemas vivenciados na comunidade:

Dona Mariquinha é que sempre procurava ajudar, dando bons conselhos. Ela conhecia chás e cuidados caseiros e era respeitada por todos os que a conheciam. Ela se preocupava com os problemas de sua gente e, às vezes, pensava como seria bom se outras pessoas de seu bairro soubessem o que ela sabia e mais algumas coisas para poderem realmente ajudar a todos. Ficava triste quando se lembrava da consulta que fez ao médico, porque ele não a compreendeu. Ela achava que alguém que se interessasse pelos problemas de saúde do bairro, teria que compreender o povo. Afinal, ele tinha todo direito de procurar a melhor forma de atenção à sua saúde, pois era ele que conhecia os seus problemas. Então ela mesma resolveu ensinar o que sabia para algumas pessoas do povo. Quando o médico soube disto, disse a ela que parasse, senão ele mandava para a cadeia.²²⁴

A solução alternativa apresentada foi o treinamento de pessoas da comunidade que se disponibilizassem para uma ação voltada à saúde da comunidade como forma alternativa ao sistema imposto pelo Estado. Isso se configura numa situação de conflito dentro do campo da medicina, em que o médico, tradicionalmente portador do capital simbólico deste campo, se veria ameaçado pelo saber popular, que se contrapõe ao seu saber - o científico. Nesse contexto, ocorre o menosprezo da pessoa leiga, que não possui legitimidade por parte de nenhuma instituição para desenvolver esse tipo de atividade.

Sabe-se que esse tipo de ação comunitária de educação em saúde, baseado nos cuidados primários e na formação de agentes comunitários, se intensificaram em vários lugares do Brasil, sobretudo após a Conferência de Alma-Ata de 1978, que estimulou e legitimou essas práticas. Todas as críticas em torno do sistema de saúde que legitimava as ações de uma medicina especializada dentro de hospitais, por sua vez, devem ser pensadas como uma crítica à forma de atuação dos profissionais de saúde e da sua formação acadêmica, que não era baseada na

²²⁴ Ibidem, p. 22-3.

prevenção, mas voltada para os hospitais. A atuação dos profissionais de saúde, portanto, era resultado de sua formação acadêmica.

3.3 – A PASTORAL DA SAÚDE E A SAÚDE COMUNITÁRIA EM FLORIANÓPOLIS

Uma das formas práticas de reivindicação assumida pela pastoral foram as ações de saúde comunitária. A partir das análises realizadas, essas práticas eram uma forma de conscientização e luta da população das periferias junto à Pastoral da Saúde, que assumiu assim, características de um movimento popular.

O que é importante, no processo de educação popular, conscientização do povo e das massas, o fundamental é que se instaure esse processo de reflexão sobre essas manifestações dolorosas, que o próprio povo sente na carne. A auto-consciência começa por essa auto-reflexão. Auto-consciência da doença própria, familiar, da doença que ronda a família, os filhos, as crianças, as mães. Não existe forma melhor de levar uma senhora, uma mulher, à consciência social mais profunda, à visão, à educação de mudança de hábitos alimentares do que essa forma prática de fazê-la enxergar as causas da doença, da desnutrição do próprio filho, da criança que está em seus braços. Essa é a grande força de um trabalho social efetivamente de mudança, de um trabalho que vise fundamentalmente criar condições de participação popular, de organização do povo, para efetivamente o povo se tornar agente, sujeito de sua própria história, construtor do seu destino.²²⁵

Os projetos de Saúde Comunitária eram realizados em comunidades de periferia, geralmente sob a coordenação de uma religiosa ligada à Fraternidade Esperança, ou leigos ligados à área da saúde, ou seja, os especialistas autorizados dos campos da saúde e religião. Podem ser entendidos como uma forma de eximir o Estado de suas responsabilidades, partindo-se do pressuposto que ao assumir a auto-gestão de sua saúde a população não reivindicava um sistema de saúde que realmente contemplasse a todos, mas ficariam isolados em suas comunidades sem o atendimento formal.

²²⁵ Conclusões do III Seminário Nacional de Saúde, realizado entre 17 e 21 de outubro de 1980.

Embora casos como esse possam ter ocorrido (é algo que não pude responder nos limites desta pesquisa), não era o objetivo da pastoral, que buscava a mobilização da população para a reivindicação e não para a acomodação, como indicam o fragmento acima citado, os manuais de estudo e as discussões encontradas nos relatórios de encontros.

Ainda assim parece contraditório que assumindo a responsabilidade por sua saúde, o povo passasse à luta. A idéia era de que a saúde deveria ser construída democraticamente como direito, era uma crítica não só ao sistema na forma como ele se apresentava, mas na maneira como ele era construído e de toda forma de autoritarismo que envolvesse a saúde, desde o sistema político do país até a relação entre profissionais de saúde e povo. Para que este suposto autoritarismo se quebrasse era necessário que o povo estivesse consciente de qual forma de acesso à saúde era melhor para si, qual melhor intervenção e tratamento. Assim, a saúde era vista como um direito a ser conquistado por todos indistintamente e esperar pela ação do Estado sem nada fazer não contribuiria para a melhoria da situação, na concepção dos envolvidos.



Ilustração 6 - Charge publicada no Manual de Reflexão 7: Saúde para todos 2. Editado pela arquidiocese de Florianópolis em setembro de 1981.

A saúde comunitária passou a ser prioridade da Pastoral da Saúde em Florianópolis e em vários outros lugares de Santa Catarina e do Brasil ao longo dos anos 1980, sobretudo após 1978 quando se deu a Conferência de Puebla e a Conferência de Alma-Ata, que serviram como discursos legitimadores das ações de saúde comunitária tanto perante o campo religioso quanto no campo da medicina:

Iniciamos a manhã colocando as atividades que os grupos presentes estão realizando em saúde. O maior enfoque está sendo dado na linha da saúde preventiva: Uso de chás caseiros, saneamento básico, hortas comunitárias, creches para ajudar as crianças na nutrição e saúde, luta pela posse da terra, campanha da coleta de lixo. Há também um grande incentivo na conscientização das pessoas para uma maior participação nas lutas em favor da saúde.²²⁶

Os projetos eram financiados pela MISEREOR, uma entidade auxiliadora episcopal da comunidade católica alemã que tinha como objetivo ajudar no combate à fome e às doenças. A MISEREOR estava em contato com aproximadamente 70 países em todo o mundo dando apoio em projetos na área da saúde. Em 1977, durante o Primeiro Seminário Nacional de Saúde ocorrido entre o dia 25 de setembro e 01 de outubro de 1977, colocou-se em discussão o recebimento de auxílios da entidade, no mesmo momento em que se discutia uma mudança de mentalidade e atitudes na área da saúde dentro das organizações católicas ligadas a hospitais:

Também no Brasil estão surgindo novas possibilidades para o futuro. O tipo de projetos vindos ultimamente do Brasil para a MISEREOR permitem discernir iniciativas promissoras. A MISEREOR confia integralmente que as Ordens e Congregações brasileiras estejam enfrentando sua nova missão no campo da saúde com profunda convicção, objetivos claros e todo vigor. Poder auxiliar neste discernimento, constitui enorme satisfação para a MISEREOR.

²²⁶ Relatório do Encontro da Pastoral da Saúde da Arquidiocese de Florianópolis, realizado no dia 15 de outubro de 1983 e publicado na revista *Pastoral de Conjunto*, em outubro de 1983.

Ninguém tem o direito de lamentar a inquietação e a falta de paz existentes e, simultaneamente, deixar de ver a injustiça infligida a tantos seres humanos, que vivem em condições indignas. Somos chamados a criar justiça através do amor.²²⁷

Pelo fato desses auxílios serem destinados a Ordens e Congregações religiosas que atuavam no campo da saúde, o seu recebimento era administrado pela CRB, que em Florianópolis repassava-os para os mini-projetos de saúde comunitária coordenados por uma religiosa que respondia pelo projeto no pedido de financiamentos e prestação de contas junto à CRB.

Dentro dessa perspectiva, as principais atividades desenvolvidas pela Pastoral da Saúde em Florianópolis foram mini-projetos comunitários em saúde e o treinamento de agentes de saúde nas comunidades. Alguns exemplos foram encontrados entre os relatórios e correspondências da CRB Regional e envolviam ações como:

1) Saneamento básico:

Um exemplo é o projeto de 1988 na comunidade de Areias que previa a construção de uma rede de esgoto no bairro de Ponte do Imaruim, município de Palhoça (Grande Florianópolis), coordenado por Irmã Neves (Alete Alves). O projeto tinha uma abrangência de atendimento de 500 famílias, sendo a maioria delas provenientes do êxodo rural. Contava com a participação da comunidade na conscientização popular e mão de obra; de voluntários para o serviço de engenharia; do Departamento de Saúde Pública para serviços técnicos e aquisição de 50 fossas e sumidouros; da Secretaria de Transportes e Obras e da Prefeitura para o transporte e máquinas.

2) Construção de mini-postos de saúde:

Um relatório de 1987, assinado pela Enfermeira Teresa Gaio, coordenadora arquidiocesana de Pastoral da Saúde naquele ano, traz a informação da instalação de mini-postos de saúde em comunidades e capelas onde havia também treinamentos de Agentes de Pastoral. Na arquidiocese de Florianópolis, até 1987

²²⁷ Relatório do I Seminário Nacional de Saúde, realizado entre 25 de setembro e 01 de outubro de 1977, na cidade de Petrópolis, Rio de Janeiro, sob a responsabilidade da CRB Nacional.

havia sido instalados 19 mini-postos em São João Batista, 8 em Navegantes, 1 no Morro do Mocotó (centro de Florianópolis), 1 na Vila Aparecida (região continental de Florianópolis), 5 em Biguaçu e 1 em Itajaí.

Os mini-postos eram munidos de 1 aparelho de pressão; 1 estetoscópio; 3 seringas de vidro; 1 termômetro; 1 tesoura para curativo; 2 pinças para curativo; 1 panela de barro e os livros “Manual do Agente de Saúde”, “A saúde brota da natureza” e “Onde não há médico”. Os mini-postos viabilizavam o trabalho do agente de saúde nas comunidades e davam à população acesso a uma forma de cuidado da saúde alternativa ao sistema público, que não atendia às necessidades dessas comunidades.

Um outro projeto do qual se tem notícia nos anos de 1988 e 1989 é o da comunidade do Morro da Caixa (localizada no continente de Florianópolis), coordenado pela Irmã Flávia Bruxel. A comunidade tinha na época 70 anos de existência e em torno de 4500 pessoas.

Foram desenvolvidas atividades de conquista de terras, habitação e transporte. A viabilidade do mini-posto tinha como objetivo treinar 30 agentes de saúde; o treinamento de um casal técnico de probiótica (cuidado preventivo de saúde através de exercícios e cuidados alimentares) para que eles treinassem em torno de 60 pessoas da comunidade em três outros cursos anuais; a instalação de um gabinete dentário e o tratamento à verminose aliado a projetos de saneamento básico; além da viabilização de uma horta comunitária.

3) Treinamento de Agentes de Saúde:

Através do Manual do Agente da Pastoral da Saúde, editado em 1987 pela Pastoral da Saúde da Regional Sul IV da CNBB - subsídio que era utilizado na formação dos agentes de saúde e que tinha como base o Livro “Onde não há médico” de David Werner, além da influência que a pastoral recebeu em seu contato com o CEBES – Pode-se perceber as concepções político-teológicas na formação dos Agentes de Pastoral da Saúde em Santa Catarina.

A análise do manual permite visualizar quais as preocupações do grupo no que se refere à saúde e à doença, relacionando-as com os discursos oficiais da medicina e da Igreja Católica. Cabe ainda ressaltar que o manual servia para

direcionar os treinamentos dos agentes de pastoral e, portanto, o que se esperava de sua atuação. O manual, diferente dos livretos da campanha da fraternidade, era levado pelos especialistas na área da saúde e religião, que davam os treinamentos para a formação de agentes. Analisar mais um manual é pensar suas relações com duas realidades: a visada pelo texto na intencionalidade dos que o elaboraram e uma outra realidade que o texto visava criar.²²⁸

"Vá ao povo. Viva com ele, aprenda com ele, ame-o. Comece com o que ele sabe, construa sobre o que ele tem." É esta frase, acompanhada de uma ilustração representando um trabalhador rural no exercício de sua atividade, que encontramos na folha de rosto do Manual do Agente da Pastoral da Saúde da CNBB regional Sul IV. A frase encontrada logo na abertura da obra torna-se bastante significativa, por ser o prenúncio do que encontraremos no restante do documento, ao mesmo tempo em que exprime toda uma visão do que para os idealizadores da obra seria desenvolver atividades voltadas concomitantemente para as áreas da saúde e da religião.

Esse trabalho, naquele momento histórico específico, seria para a Pastoral da Saúde necessariamente junto ao povo, no lugar onde o povo estaria vivendo o seu cotidiano. Já que a obra se trata de um manual utilizado para formar os Agentes da Pastoral da Saúde - ou seja, pessoas leigas que passariam a atuar em nome de um grupo religioso da Igreja Católica e desenvolvendo atividades na área da saúde - essa primeira frase traz a indicação de que o lugar onde as práticas estariam se desenvolvendo no final da década de 1980, não seriam necessariamente os lugares onde comumente se encontrariam pessoas doentes, tais como, hospitais ou postos de saúde.

Observa-se de antemão que o principal objetivo do grupo era ir até o povo no intuito de partir dos seus saberes e da sua realidade para então inserir outros conhecimentos relacionados à saúde, e assim produzir uma outra realidade.

É dessa forma que percebo a articulação e a atuação da Pastoral da Saúde na década de 1980 em Santa Catarina, enquanto um movimento social pela saúde, ou seja, mobilizando as pessoas em torno do objetivo principal da promoção da saúde de toda uma população, como evidenciado na apresentação do mesmo

²²⁸ CHARTIER, op. cit., p. 63.

manual, assinada por Elias Della Giustina, padre e então coordenador da Pastoral da Regional Sul IV:

Lembre sempre que o mais importante é nós nos organizarmos para conquistar nossos direitos à saúde, educação, trabalho digno, saneamento básico e terra para plantar e morar. Precisamos nos respeitar mutuamente como pessoa humana. Faça bom uso do livro e junte suas forças à de outros irmãos na luta organizada²²⁹

Lendo rapidamente o índice de assuntos do Manual e o folheando distraidamente, pode-se até mesmo confundi-lo com um livro qualquer de ciências ou de primeiros socorros não o identificando como um subsídio de estudos para um grupo católico. Um olhar mais atento ao manual, por sua vez, remete a toda a discussão que ocorria dentro da Igreja e na área da saúde no final da década de 1980: as discussões envolvendo a teologia da libertação, que foi a grande impulsionadora, em Santa Catarina e em diversos outros lugares do país, do trabalho de religiosas na área da saúde comunitária. Outra discussão presente era a luta pelo acesso de todos os cidadãos à saúde, considerada um direito de todos, impulsionada pelos debates em torno da elaboração de um Sistema Único de Saúde no momento de redemocratização.

Propor alternativas ao sistema de saúde oficial não é a principal proposta do manual, mas ao contrário, conscientizar a população de que um sistema de saúde e condições de saúde plena era seu direito. No caso da inexistência destes indicava-se soluções imediatas para a amenização dos problemas, mas propunha-se uma mobilização e procura dos órgãos públicos responsáveis.

Desta forma, identifica-se qual seria a função do agente comunitário da saúde treinado pela Pastoral da Saúde: acompanhar os problemas da comunidade diretamente, solucionar o que estivesse ao seu alcance, prestar primeiros socorros, orientar a população de sua comunidade e encaminhar os problemas que não fossem possíveis de ser solucionados aos órgãos e profissionais competentes. Não

²²⁹ CNBB REGIONAL SUL IV. *Manual do agente da pastoral da saúde*. Florianópolis, 1987. p. 5.

se encontra, no entanto, nenhuma indicação de que os agentes desenvolveriam a função que a Igreja Católica, em sua oficialidade, esperava deles, conforme as indicações do caderno de estudos da CNBB já analisado no segundo capítulo: a evangelização.

Uma importante característica do manual está na crítica social que ele faz. Ao indicar soluções rápidas aos problemas de saúde mais comuns nas comunidades, a obra transmite a idéia de que os problemas não eram responsabilidade do indivíduo e deslocava a culpa das situações cotidianas de risco à saúde, às más condições de vida, resultado da injustiça e das desigualdades sociais: "Uma das causas da pressão baixa é a falta de comida. Se todos tivessem um pedaço de terra para plantar o seu alimento o povo não seria doente."²³⁰ Ou ainda: "Há muitos acidentes com choque elétrico com crianças, porque as mães precisam trabalhar e não tem creche para deixar os filhos."²³¹

Um outro aspecto importante a ser analisado em um manual elaborado por um grupo religioso, são as orientações envolvendo as doenças sexualmente transmissíveis e os métodos anticoncepcionais. É nessa parte do manual que se constata, mas ainda de maneira tímida, que se trata de um material produzido por um setor da Igreja Católica.

Ao tratar das doenças sexualmente transmissíveis são apontadas a sífilis, a gonorréia e o linfogranuloma venéreo. É no mínimo curioso, se tratando de um material produzido já no final dos anos 80, que exista silêncio em relação à AIDS. Além disso, apresenta os sintomas e as formas de tratamento médico das doenças citadas, mas não a forma de prevenção, que poderia se dar através do uso de preservativos. A única referência ao uso da camisinha está em um único parágrafo das quatro páginas dedicadas às DSTs, o mesmo parágrafo que vem carregado de uma advertência às relações sexuais mantidas com diversas pessoas ou ao fato de se freqüentar prostíbulos:

Cuidado com as pessoas com quem você tem relações sexuais: uma pessoa que tem relações sexuais com várias pessoas diferentes, tem mais possibilidade de pegar essa doença. Principalmente bordéis e prostíbulos são muito perigosos. Não

²³⁰ Ibidem. p. 42.

²³¹ Ibidem. P. 56.

vá lá. O uso de preservativo (camisinha) pode ajudar (mas nem sempre) a evitar doenças venéreas.²³²

Ao tratar dos métodos anticoncepcionais, por sua vez, em nenhum momento são indicados métodos que não sejam os naturais, únicos admitidos pela Igreja Católica, são eles: a tabelinha e o método do muco. Ao final das devidas explicações da utilização destes métodos encontra-se o seguinte texto: "Estes dois métodos oferecem as seguintes vantagens: Ausência total de perigos para a saúde; evita despesas; eficácia bastante alta dependendo do uso correto; *plena conformidade com as orientações morais da igreja.*"²³³ A última frase, é a única referência feita à Igreja Católica em todo o Manual.

Entende-se que entre os discursos encontrados neste em outros materiais impressos já analisados e a realidade de seu uso nas discussões geradas por eles existe uma grande distância. Num material impresso que levava o nome e todo o peso simbólico de uma instituição religiosa como a Igreja Católica, as orientações indicadas, por mais progressistas que parecessem, não poderiam estar em discordância com as orientações morais e dogmáticas assumidas por ela. Assim, na intencionalidade da escrita dos materiais, por mais que se levasse em consideração a realidade que cercava aqueles que o receberiam, muitas vezes era preciso que se forjasse um discurso intermediário entre o real e aquele pretendido pela instituição, como neste caso.

Os agentes da Pastoral da Saúde desde que sua prioridade de ação ainda era o doente e os hospitais, era o principal elemento deste grupo, o que disseminava suas idéias e as colocava em prática. Com a mudança do enfoque de atuação do grupo a atuação do agente também ganhou um novo enfoque:

O Agente da Pastoral da Saúde é um elemento dentro da comunidade capaz de lidar com as doenças mais comuns utilizando recursos caseiros (chás, xaropes,

²³² Ibidem, p. 129.

²³³ Ibidem, p. 137. Grifo nosso.

garrafadas, pomadas, etc.) e realizando medidas preventivas, principalmente na educação em saúde, alcançando assim os objetivos da Pastoral da Saúde que são, promover a saúde da população e resgatar para o indivíduo o respeito próprio e a dignidade dentro da nossa realidade.²³⁴

O Agente de Saúde, portanto, era o indivíduo que dentro da comunidade exercia a função dos cuidados pela saúde da população, se transformando num elemento educador nas questões de saúde. A Igreja Católica é tida como a instituição que deu o grande impulso inicial para o início da formação de agentes de saúde em todo o Brasil, através de organizações religiosas. Houveram algumas outras iniciativas por parte de instituições acadêmicas e organizações não governamentais, muitas também ligadas à Igreja Católica.²³⁵

Em Santa Catarina, o CEBES e um grupo de professores da Universidade Federal de Santa Catarina ligados à saúde pública e aos movimentos sociais também desenvolveram importantes projetos de saúde comunitária, principalmente na região oeste do Estado. Dentro da ação pastoral da Igreja Católica estas práticas ocorreram principalmente após 1981 com a Campanha da Fraternidade e paulatinamente foram sendo incorporadas pelo Estado até que fossem totalmente implantadas junto a programas de secretarias de saúde e prefeituras municipais.

Os agentes de Pastoral da Saúde tinham um diferencial em relação aos agentes comunitários formados por programas sem nenhuma ligação com a denominação religiosa católica, a função dos agentes da Pastoral da Saúde tinha, além do compromisso político, o compromisso cristão:

O bem, por sua vez, só alcança seu efeito completo quando quem o recebeu, souber transmiti-lo a outros. Formar agentes de saúde nas comunidades, principalmente nas marginalizadas, não é uma simples ação, mas um passo importante da caminhada rumo ao desenvolvimento autêntico. Por outro lado, descobrem-se e se desenvolvem

²³⁴ Publicação das atividades do primeiro semestre de 1989 da Pastoral da Saúde da Arquidiocese de Florianópolis, na revista *Pastoral de Conjunto* do mês de agosto de 1989.

²³⁵ DAVID, H. M. S. L. *Sentir saúde: a religiosidade como categoria metodológica no trabalho de educação em saúde junto às classes populares*. Rio de Janeiro, 2001. Tese (Doutorado). Fundação Oswaldo Cruz, p. 97.

valores evangélicos também nesta iniciativa de generalizar os benefícios de saúde, desde que saibamos conscientizar as comunidades locais, despertando nelas o espírito de solidariedade e corresponsabilidade, para que se tornem os verdadeiros agentes de seu próprio desenvolvimento. A saúde de cada um torna-se a preocupação de todos e os cuidados de saúde são garantidos pela colaboração de toda a comunidade.²³⁶

Observa-se também, principalmente através dos relatórios arquidiocesanos e regionais da Pastoral da Saúde, que a atuação dos agentes nas comunidades estimulou as práticas populares em medicina. O uso de plantas medicinais para a produção de xaropes, garrafadas e chás caseiros para a prevenção e intervenção na cura e implementações de hortas comunitárias, foram um importante desdobramento da atuação destes agentes de saúde, que sendo eles mesmos os responsáveis pelas intervenções, estimularam o saber popular das pessoas da comunidade sobre as ervas medicinais.

²³⁶ Texto-base do Encontro da Pastoral da Saúde de 16 de dezembro de 1978.

Considerações finais

Atualmente a Pastoral da Saúde em Santa Catarina conta com três diferentes segmentos de atuação: a solidária, a comunitária e a político-institucional. Pensar esses três diferentes modos de atuar dentro de um mesmo grupo é identificar o dinamismo na atuação e nos discursos atuais deste grupo em relação ao seu passado.

A dimensão solidária da Pastoral da Saúde atua junto aos doentes nas instituições de saúde, famílias e comunidades. O trabalho pastoral nesta linha de atuação é o de visitar os doentes e seus familiares. Entendo este trabalho como uma permanência da atuação da Igreja Católica junto às instituições de saúde, principalmente através das congregações religiosas femininas, que tiveram - e ainda têm - em sua formação, uma linha de atuação voltada à saúde. Embora na atualidade a pastoral seja composta por leigos, carrega os ideais que aquelas religiosas e a Igreja, em sua oficialidade, defenderam no passado e que foram apresentados no segundo capítulo deste trabalho.

A Pastoral da Saúde comunitária consiste no trabalho de educação em saúde nas comunidades. É a sucessora daquela pastoral voltada às comunidades de periferia e que buscava através dos conhecimentos populares desenvolver os saberes na área de saúde necessários à prevenção das doenças mais comuns.

Muito pouco das críticas sociais daquele momento histórico sobreviveram no discurso dos que hoje participam da Pastoral da Saúde comunitária, mas sua prática ainda pode ser considerada uma continuidade do passado. Em 2006 existiam 15 grupos de fitoterapia na arquidiocese de Florianópolis, os participantes (em sua maioria mulheres) se dedicam principalmente ao estudo das plantas medicinais e produção de medicamentos fitoterápicos na forma de plantas verdes e secas, pomadas, tinturas, cremes, géis, xaropes, balas de gengibre, spray para garganta, sabonetes, xampus, óleos para massagem, tubos para o ouvido, etc. Fazem também o cultivo de alimentos e ervas em hortas comunitárias, o que produzem é vendido a preços módicos.



Ilustração 7 – Fotos de fitoterápicos da Pastoral da Saúde a venda em stand durante o Congresso Eucarístico Nacional realizado em Florianópolis – 20/05/2006.

As práticas em saúde comunitária são vistas pelos praticantes como uma maneira de perpetuar a medicina popular, que em sua visão foi passada de geração em geração até chegar à atualidade. Embora aparentemente não fortifiquem um discurso de conflito com a biomedicina, suas práticas podem ser vistas como o resultado dos conflitos entre a medicina científica e as medicinas alternativas, que levou à gradual incorporação do uso destas por parte das instituições de saúde e dos médicos, caracterizando-as enquanto medicinas paralelas.

Como exemplo, podemos citar o fato de estes grupos que trabalham com fitoterapia participarem de um projeto junto à Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul). O Projeto leva o nome de “Linha Verde” e sua proposta é que os participantes da Pastoral da Saúde se reúnam uma vez a cada mês com professores e acadêmicos do curso de Naturologia Aplicada ²³⁷ da instituição para trocas de

²³⁷ O curso de Naturologia Aplicada da Unisul tem como objetivo formar profissionais aptos a promover a saúde fundamentando-se nas medicinas tradicionais chinesa, ayurveda e xamânica. Divulga a aplicabilidade de práticas naturais como recursos terapêuticos. Os profissionais formados

experiências. As professoras que coordenam o projeto são enfermeiras e foram coordenadoras da Pastoral da Saúde durante muitos anos. Tanto o curso de Naturologia Aplicada quanto este projeto têm a proposta de levar para a academia discussões que anteriormente aconteciam fora deste espaço e por pessoas leigas.

Os naturólogos são profissionais que trabalham com a prevenção e cura das doenças utilizando-se unicamente de práticas alternativas. O fato de um curso como este ter ganho um espaço dentro da academia, por si só já representa simbolicamente a entrada das medicinas alternativas nas instituições formais da sociedade. O fato de a Pastoral da Saúde participar de um projeto junto a esse curso representa mais ainda, até mesmo porque os participantes da Pastoral da Saúde não vão até a universidade na posição de quem recebe o conhecimento. Embora não tenham um título acadêmico que os legitime, já têm conhecimentos prévios de sua prática, e em meio a muitas das discussões em seus encontros chegam a contestar certas informações transmitidas pelos palestrantes.

Como outro exemplo da inserção das medicinas alternativas nos espaços antes só ocupados pela biomedicina, quero citar a atuação do grupo “Associação Natureza e Saúde” de Santo Amaro da Imperatriz, região metropolitana de Florianópolis. Este grupo da Pastoral da Saúde, atualmente tem um espaço anexo ao Hospital São Francisco, onde os participantes atuam na produção dos medicamentos e também têm uma horta de onde coletam as ervas. Um grupo de pessoas da comunidade, sem títulos acadêmicos, atuando no espaço institucional da medicina, onde muitas vezes recebem pessoas que se dirigem àquele local para comprar medicamentos fitoterápicos indicados pelos próprios médicos.

Por fim, a terceira linha de atuação da Pastoral da Saúde: a político–intitucional. Conforme já exposto no decorrer do trabalho, os movimentos sociais no Brasil, de maneira geral, sofreram um processo de institucionalização a partir do final dos anos 80. No caso dos movimentos sociais pela saúde, tal institucionalização iniciou-se com as discussões pela implementação do sistema único de saúde, com elas surgiu a necessidade de realização de Conferências de Saúde e a criação de

nesse curso têm conhecimentos sobre as práticas naturais na área da cromoterapia, geoterapia, hidroterapia, reflexologia, florais, massoterapia, fitoterapia, aromaterapia, nutrição, arte e música.

Conselhos nos âmbitos municipais, estaduais e federais, como forma de participação da população nas decisões políticas em relação à saúde.

Após a implementação do SUS na Constituição de 1988, os movimentos sociais tiveram uma reivindicação alcançada, porém o nosso sistema de saúde está longe de ser o ideal. Assim, as Conferências Municipais de Saúde continuam sendo um espaço importante de discussões, onde atuam esses movimentos sociais. As conferências são também o principal espaço de atuação da dimensão político-institucional da Pastoral da Saúde, onde ainda encontra-se na atualidade um discurso de crítica política dentro desta pastoral, a diferença é que nos anos 1980 a reivindicação era pela implementação formal de um sistema único de saúde como forma de garantir que a saúde fosse um direito de todos os cidadãos indistintamente. Após 1988 este sistema foi garantido na constituição federal, portanto, a atuação dos movimentos sociais se dá na intenção de que este direito seja garantido na prática.

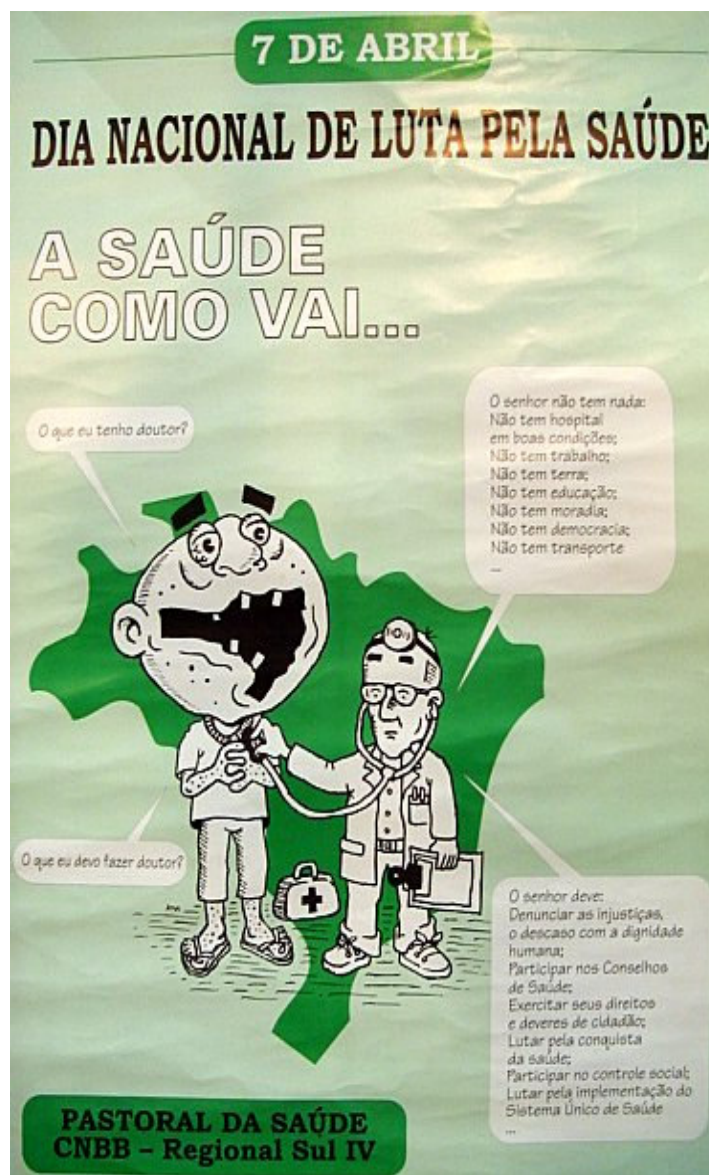


Ilustração 8 - Cartaz do Dia Nacional de Luta confeccionado pela Pastoral da Saúde da CNBB Regional Sul IV no ano de 2006.

Além da atuação nas Conferências de Saúde, foi criado no ano de 1992 em Santa Catarina o Fórum Popular de Saúde, uma organização não governamental que reúne diferentes setores da sociedade, junto à Pastoral da Saúde atuam diversos sindicatos, associações de moradores, a Central dos Movimentos Populares, a Central Única dos Trabalhadores e o Movimento dos Trabalhadores Sem Terra, contando atualmente com mais de 50 entidades. O Fórum foi criado a partir de um movimento de reivindicação pela implantação do SUS em Santa

Catarina e pela criação do Conselho Estadual de Saúde naquela época. Hoje sua maior preocupação é com a real implementação do SUS, que na prática não atende satisfatoriamente à população.

Constata-se assim, que na atualidade, através de suas três linhas de atuação, a Pastoral da Saúde em seus discursos e práticas estabelece uma relação de continuidade com seu passado. É importante demonstrar, no entanto, que estas práticas, que hoje ocorrem de maneira conjunta, não surgiram por acaso, mas faziam parte de um contexto e necessidades específicas.

A atuação em hospitais, comunidades e o envolvimento político surgiram para responder a necessidades e interesses em diferentes momentos, conforme demonstramos neste trabalho. Muitas vezes houveram e talvez ainda existam conflitos provenientes das diferentes formas de atuação dentro deste grupo, as diferentes linhas de atuação surgiram pois as pessoas entendiam de maneira diferente o que deveria ser a saúde e a religião.

Nesta pesquisa, ao demonstrar parte da trajetória da Pastoral da Saúde, tive a intenção de explicitar as diferenças discursivas na área da saúde e da religião que deram sentido a essa trajetória e fizeram com que em determinado momento o grupo se aproximasse dos movimentos sociais. Espero ter cumprido com esta proposta e que este trabalho possa ser uma boa contribuição para os estudos envolvendo a História da Igreja Católica no Brasil em sua relação com a área da saúde e os movimentos sociais.

Fontes

Revista Pastoral de Conjunto da Arquidiocese de Florianópolis

Local de pesquisa: Biblioteca do Instituto Teológico de Santa Catarina – ITESC.

Relatórios Regionais e Nacionais do Grupo de Trabalho Saúde da Conferência de Religiosos do Brasil

Local de pesquisa: Conferência de Religiosos do Brasil da Regional Sul IV – Florianópolis, Santa Catarina.

Entrevistas:

Irmã Inês Maria Oro. Por Marilane Machado, em 19 de maio de 2006.

Dr. Lúcio Botelho. Por Marilane Machado, em 02 de junho de 2006.

Dr. Marco Aurélio Da Ros. Por Marilane Machado, em 22 de junho de 2006.

Irmã Cacilda Hammes. Por Marilane Machado, em 25 de julho de 2006.

Fontes Bibliográficas

ARQUIDIOCESE DE FLORIANÓPOLIS. *O povo acorda 6: Saúde para todos 1*. Florianópolis: Arquidiocese de Florianópolis, 1981.

_____. *Grupos de reflexão 7: Saúde para todos 2*. Florianópolis: Arquidiocese de Florianópolis, 1981.

BOFF, L. *Igreja: carisma e poder*. Ensaio de eclesiologia militante. Petrópolis: Vozes, 1982.

BOFF, C.; BOFF, L. *Da libertação*. O sentido teológico das libertações sócio-históricas. Petrópolis: Vozes, 1982.

_____. *Como fazer teologia da libertação*. Petrópolis: Vozes, 1986.

CNBB. *Caderno de Estudos da CNBB n.º 9 – Pastoral da Saúde*. São Paulo: Paulinas, 1979.

CNBB. *Saúde para todos: Campanha da Fraternidade 1981*.

CNBB REGIONAL SUL IV. *Manual do agente da Pastoral da Saúde*. Florianópolis, 1987.

CRB. Relatório de Atividades. 1980-1983.

FREI BETTO. *Cartas da Prisão*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1977.

_____. *A mosca azul*. Rio de Janeiro: Rocco, 2006.

GUTIÉRREZ, G. *Teologia da Libertação*. Petrópolis: Vozes, 1975.

KÖRBES, Irmã Madalena. *História da Congregação das Irmãs da Divina Providência - de 1929 a 2003*. Porto Alegre: Provincialado das Irmãs da Divina Providência, Província Imaculado Coração de Maria, 2003.

OMS. *Constituição da Organização Mundial da Saúde*. Disponível em: <<http://www.who.int/governance/es/>> Acesso em: 02/07/2007.

PALACIO, C. *Vida Religiosa Inserida nos meios populares*. Texto apresentado para estudo e debate aos 688 Superiores e Superiores Maiores na XII AGO da CRB. Rio de Janeiro, 27/VII a 2/VIII de 1980. Rio de Janeiro: CRB, 1980.

UNICEF/OMS, *Cuidados Primários de Saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasília: UNICEF/OMS, 1979.

VATICANO II. Lumen Gentium - 32, 364. In.: *Mensagens, discursos e documentos*. Tradução de Francisco Catão. São Paulo: Paulinas, 1998. 37, 385.

VATICANO II. Decreto Apostolicam Actuositatem Sobre o Apostolado dos Leigos. 24, 1007. In.: *Mensagens, discursos e documentos*. Tradução de Francisco Catão. São Paulo: Paulinas, 1998.

Referências Bibliográficas

- ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. *Sociologia da doença e da medicina*. São Paulo: EDUSC, 2001.
- AGOSTINI, N. *Nova evangelização e opção comunitária*. Petrópolis: Vozes, 1990.
- ALBERTI, V. *História Oral*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1990.
- ALVES, M. M. *A Igreja e a política no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1979.
- AMADO, J.; FERREIRA, M. M. *Usos e abusos da História Oral*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002.
- BACZKO, B. Imaginação social. In.: *Enciclopédia Einaudi*. Antropos-Homem. Imprensa Nacional – Casa da Moeda: Lisboa, 1994.
- BIANCHEZZI, C. *Religiosas dissidentes: memórias de tensões na Igreja Católica de Florianópolis (1968-1978)*. Florianópolis: Universidade do Estado de Santa Catarina (monografia de Conclusão do curso de História), 2005.
- BIGO, P.; ÁVILA, F. B. *Fé cristã e compromisso social: elementos para uma reflexão sobre a América Latina à luz da doutrina social da Igreja*. São Paulo: Paulinas, 1982.
- BOURDIEU, P. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1982.
- _____. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.
- _____. *A economia das trocas lingüísticas: o que falar quer dizer*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1996.
- _____. *Coisas Ditas*. São Paulo: Brasiliense, 2004.
- BRUNEAU, T. *Religião e politização no Brasil: a igreja e o regime autoritário*. São Paulo: Loyola, 1979.
- _____. *O catolicismo brasileiro em época de transição*. São Paulo: Loyola, 1974.
- BURKE, P. (org.). *A escrita da História: novas perspectivas*. São Paulo: Editora UNESP, 1992.
- CARDOSO, R. C. L. A trajetória dos movimentos sociais. In.: DAGNINO, E. *Os anos 90: política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

- CARVALHO, A. C. D. *Feiticeiros, burlões e mistificadores: criminalidade e mudança das práticas populares de saúde em São Paulo, 1950-1980*. São Paulo: EDUSP, 2005.
- CAVA, R. D. Igreja e Estado no Brasil do século XX. In.: *Estudos Cebrap 12*. São Paulo: Cebrap, abril - maio - junho 1975.
- CEHILA. *História da Teologia na América Latina*. São Paulo: Paulinas, 1981.
- _____. *História da Igreja na América Latina e no Caribe: 1945-1995; o debate metodológico*. Petrópolis: Vozes, 1995.
- CHARTIER, R. *A História Cultural entre práticas e representações*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1990.
- CNBB Regional Sul IV. *Manual da Pastoral da Saúde*. Florianópolis: CNBB Regional sul IV, 2000.
- D'ANDREA, A. A. F. *O self perfeito e a nova era: individualismo e reflexividade em religiosidades pós tradicionais*. São. Paulo: Loyola, 2000.
- DA ROS, M. A. Uma visão da reforma curricular a partir do movimento sanitário. In.: PEREIRA, M. J. L.; COELHO, E. B. S.; DA ROS, M. A. (orgs). *Da proposta à ação: currículo integrado do curso de medicina da UFSC*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2005.
- _____. Políticas públicas de saúde no Brasil. In.: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A.; DA ROS, M. A. (orgs.). *A saúde em debate na educação física volume 2*. Blumenau: Nova Letra, 2006.
- _____. *Pequena história do movimento sanitário em Santa Catarina*. Mimeografado.
- DAVID, H. M. S. L. *Sentir saúde: a religiosidade como categoria metodológica no trabalho de educação em saúde junto às classes populares*. Rio de Janeiro, 2001. Tese (Doutorado) Fundação Oswaldo Cruz.
- DUARTE, A. L. *Cultura popular e cultura política no após-guerra: redemocratização, populismo e desenvolvimentismo no bairro da Mooca, 1942-1973*. Campinas, 2002. Tese (Doutorado) UNICAMP, 2002.
- ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. (org.) *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- GOHN, M. G. *Teorias dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos*. São Paulo: Loyola, 1997.
- IOKOI, Z. *Igreja e camponeses: teologia da libertação e movimentos sociais no campo - Brasil e Peru, 1964 - 1986*. São Paulo: Hucitec, 1996.

- KLEBA, M.E. *Descentralização do sistema de saúde no Brasil*. Chapecó: Argos, 2005.
- KÖRBES, Irmã Madalena. *História da Congregação das Irmãs da Divina Providência - de 1929 a 2003*. Porto Alegre: Provincialado das Irmãs da Divina Providência, Província Imaculado Coração de Maria. P.151, 2003.
- LAPLANTINE, F. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- LAPLANTINE, F.; RABEYRON, P. *Medicinas Paralelas*. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- LEE, K. Y. *Tesouro brasileiro – democracia: uma construção popular*. Florianópolis, 2004. Tese (Doutorado em História)UFSC.
- LÖWY, M. *Marxismo e Teologia da Libertação*. São Paulo: Cortez Autores Associados, 1991.
- _____. *A guerra dos deuses: religião e política na América Latina*. Petrópolis: Vozes, 2000.
- LOYOLA, M. A. *Médicos e Curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: Difel, 1984.
- LUZ, Madel T. *Natural, racional, social; razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- _____. *A arte de curar versus a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil*. São Paulo: Dynamis Editorial, 1996.
- _____. *Novos Saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: Hucitec. 2003.
- MACIEL, P. *A (R)evolução da medicina*. Curitiba: Araucária Cultural, 2001.
- MAINWARING, S. *A Igreja Católica e a política no Brasil (1916-1985)*. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- MINAYO, M. C. S. (org.). *Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.
- MODIN, B. *Os teólogos da libertação*. São Paulo: Paulinas, 1980.
- MOURA, A. C. et. al./ SALEN, H. (coord.). *A Igreja dos oprimidos*. São Paulo: Brasil Debates, 1981.
- OLIVEIRA, E. R. *O que é medicina popular*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

- PIAI, A. J. *A Presença das irmãs da Divina Providência no Hospital colônia Sant'Ana, de 1941 a 1992*. Brusque, 1997. Monografia. Escola Superior de Estudos Sociais da Fundação Educacional de Brusque.
- PORTELLI, A. Tentando aprender um pouquinho: algumas reflexões sobre a ética na História oral. In.: Projeto História – Revista do Programa de Estudos pós-graduados em História e Departamento de História. São Paulo: PUC-SP, (15) Abril/97. p.13-33.
- POULAT, É. Compreensão histórica da Igreja e compreensão eclesiástica da história. In: *Concilium*. Petrópolis: Vozes, n. 7, 1971.
- QUEIROZ, M. S. *Saúde e doença: um enfoque antropológico*. Bauru: EDUSC, 2003.
- ROMANO, R. *Brasil: Igreja contra Estado*. São Paulo: Kairós, 1979.
- SADER, E. *Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-1980*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.
- SCARANTO, C. A. A. *Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher em Chapecó-SC*. Joaçaba, 2006. Dissertação (Mestrado) Universidade do Oeste de Santa Catarina/UNOESC.
- SHERER-WARREN, I. *Movimentos sociais: um ensaio de interpretação sociológica*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1987.
- _____. *Redes de movimentos sociais*. São Paulo: Loyola, 1993.
- SOUZA, J. J. V. *Círculos operários: a Igreja Católica e o mundo do trabalho no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2002.
- SOUZA, R L. *A reforma social católica e o novo limiar capitalista (1945 – 1965)*. Curitiba, 2001. Tese (Doutorado), UFPR.
- THOMPSON, E. P. *A miséria da teoria ou um planetário de erros: uma crítica ao pensamento de Althusser*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- _____. *A formação da classe operária inglesa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- _____. *Costumes em comum*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.
- _____. *As peculiaridades dos ingleses e outros artigos*. Campinas: Editora da UNICAMP, 2001.
- VALLA, V.V. Educação e saúde: discutindo as formas alternativas de lidar com a saúde. In.: GOLDENBERG, P. (org). *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

_____. Classes populares, apoio social e emoção: propondo um debate sobre religião e saúde no Brasil. In.: MINAYO, M. C. S. (org.) *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. *Educação, Saúde e Cidadania*. Petrópolis: Vozes, 1994.

VARUSSA, R. J. Igreja Católica e movimentos católicos na construção da Pastoral Operária na arquidiocese de São Paulo (1970-1975). In: *Tempos Históricos*. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Campus de Marechal Cândido Rondon. História. v . 3, n. 1, 2001. Cascavel: EDUNIOESTE, 2001. p. 153-181.